

Les Assurances sociales en Meurthe-et-Moselle.

Dix-huit mois de Contrôle médical technique

*Monographie exécutée sous la Direction régionale d'Hygiène
de Nancy*

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 31 Mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M^{me} MOYSE Yvonne

Née à Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle), le 23 septembre 1895
Ex-externe des Hôpitaux. - Diplômée d'Hygiène et de Bactériologie

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM.. SANTENOISE, professeur	Président.
		J. PARISOT, professeur.....	Juges.
		PERRIN, professeur.....	
		MERKLEN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1934

Les Assurances sociales en Meurthe-et-Moselle

Dix-huit mois de Contrôle médical technique

*Monographie exécutée sous la Direction régionale d'Hygiène
de Nancy*

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 31 Mai 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M^{me} MOYSE Yvonne

Née à Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle), le 23 septembre 1895

Ex-externe des Hôpitaux. - Diplômée d'Hygiène et de Bactériologie

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. SANTENOISE, professeur	Président.
		J. PARISOT, professeur.....	Juges.
		PERRIN, professeur.....	
		MERKLEN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I Q ;

WEISS, O *, I Q ; BOUIN, O *, I Q ;

ANCEL, *, I Q ; GARNIER, *, I Q ; MACÉ, *, I Q ; P. PARISOT, O *, I Q.

Professeurs

Anatomie pathologique.....
Clinique médicale.....
Physique.....
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.
Clinique de chir. infantile et d'orthopédie.
Physiologie.....
Clinique obstétricale et Accouchements..
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
Clinique de chirurgie urinaire.....
Histologie.....
Anatomie descriptive.....
Clinique chirurgicale.....
Clinique médicale.....
Chimie médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène et Médecine sociale.....
Clinique chirurgicale.....
Clinique ophtalmologique.....
Hydrologie.....
Clinique des maladies des enfants.....
Bactériologie.....

M. L. HOCHÉ, O *, I Q.
M. G. ETIENNE, O *, I Q.
M. DUFOUR, *, I Q.
M. L. SPILLMANN, O *, I Q.
M. FRÉLICH, *, I Q.
M. M. LAMBERT, *, I Q.
M. A. FRUHHOLZ, O *, I Q.
M. P. JACQUES, *, I Q.
M. P. ANDRÉ, *, I Q.
M. R. COLLIN, *, I Q.
M. M. LUCIEN, *, I Q.
M. G. MICHEL, *, I Q.
M. L. RICHON, *, I Q.
M. H. ROBERT, I Q.
M. M. PERRIN, *, I Q.
M. J. PARISOT, C *, I Q.
M. HAMANT, *, I Q.
M. P. JEANDELIZE, *, A Q.
M. D. SANTENOISE, *, A Q, I.
M. L. CAUSSADE, *, I Q.
M. DE LAVERGNE, *, I Q.

Professeurs sans chaire

Parasitologie.....
Accouchements.....
Propédeutique dermatologique.....

M. G. THIRY, *, I Q.
M. JOB, *, I Q, agrégé libre.
M. WATRIN, *, I Q, agrégé libre.

Chargés de cours complémentaires

Pharmacologie.....
Clinique des maladies tuberculeuses (1)...
Pathologie générale.....
Clinique gynécologique.....
Pathologie externe.....
Clinique des maladies contagieuses.....
Médecine opératoire.....
Electrothérapie et radiologie.....
Obstétrique.....
Clinique propédeutique médicale.....
Anatomie et médecine générale.....
Pathologie interne.....
Clinique des maladies mentales.....
Education physique (1).....
Physiologie du travail.....
Clinique Neurologique (1).....
Propédeutique O.-R.-L. (1).....

M. M. PERRIN, *, I Q, professeur.
M. J. SIMONIN, A Q, agrégé.
M. SIMONIN, A Q, agrégé.
M. A. BINET, *, I Q, agrégé libre.
M. GUILLEMIN, A Q, agrégé.
M. DE LAVERGNE, *, I Q, professeur.
M. M. BARTHÉLEMY, *, I Q, agrégé libre.
M. G. LAMY, *, I Q, agrégé.
M. VERMELIN, *, A Q, agrégé.
M. DROUET, A Q, agrégé.
M. MUTEL, *, I Q, agrégé.
M. ABEL, *, A Q, agrégé.
M. HAMEL, *, docteur.
M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
M. MICHON, docteur.
M. AUBRIOT, docteur.

Agrégés en exercice

M. MERKLEN, A Q.
M. FLORENTIN.
M. BODART.
M. CHALNOT.
M. WOLFF.

M. POURSINES.
M. MELNOTTE, O *.
M. LAMY, *, I Q.
M. MUTEL, *, I Q.
M. VERMELIN, *, A Q.

M. GUILLEMIN, A Q.
M. ABEL, *, A Q.
M. DROUET, A Q.
M. SIMONIN, A Q.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I Q ; S. REMY, I Q ; BUSQUET, I Q ;
M. FAIRISSE, I Q ; BINET, *, I Q ; BARTHÉLEMY, *, I Q.
M. E. TRIBOLET, I Q, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les approuver.



A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR D. SANTENOISE
Professeur d'Hydrologie et de Climatologie
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR J. PARISOT
Professeur d'Hygiène et de Médecine sociale
Directeur de l'Institut d'Hygiène
Commandeur de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE PERRIN
Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital-Sanatorium Villemin
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE DOCTEUR LOUIS MERKLEN
Professeur agrégé
Directeur de l'Institut régional d'Education Physique

A MES PARENTS

A MES FRERE ET SŒURS

A MON BEAU-FRERE

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MONSIEUR JUSTIN GODART
Ministre de la Santé publique

En témoignage d'admiration.

Nous remercions vivement tous ceux qui nous ont apporté leur concours et fourni des documents pour ce travail. Nous regrettons de ne pouvoir les nommer tous. Parmi eux, nous tenons, cependant, à remercier spécialement :

MONSIEUR HÉROT

Directeur départemental des Assurances sociales

Qui a su estimer à toute sa valeur la portée sociale de la loi.

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRY

Président du Syndicat des Médecins de Meurthe-et-Moselle

Qui nous a permis de recueillir des renseignements très intéressants relatifs au Contrôle médical technique.

Nous lui exprimons, ici, toute notre reconnaissance.

MADAME LAUMONIER

Qui collabore avec dévouement au contrôle et sait remarquablement concilier les intérêts légitimes des Caisses, des Assurés et des Médecins.

Nous la remercions sincèrement pour tous les renseignements qu'elle nous a fournis, toujours avec la plus grande complaisance.

AVANT-PROPOS

Il ne serait pas sans intérêt, avons-nous pensé, de décrire le fonctionnement de la loi des Assurances sociales en Meurthe-et-Moselle.

Nous étudierons surtout l'organisation de l'Assurance-Maladie dans ce département, où, grâce aux accords et conventions signés, une coordination de l'armement sanitaire et un contrôle médical technique efficace ont donné à son organisation un caractère particulier.

Notre principal travail consistera dans l'établissement des statistiques médicales faites avec des fiches recueillies pendant dix-huit mois de Contrôle médical technique. Les remarques et conclusions déduites de l'examen des fiches et des documents consultés seront exposés dans la partie suivante.

Nous supposons connus les grands principes de la loi sur les Assurances sociales.

Son fonctionnement a posé des problèmes nouveaux. Presque tous ont déjà été l'objet d'études sérieuses. Nous ne les reprenons pas ici. Notre but est plus modeste.

PREMIÈRE PARTIE

Documents concernant l'organisation des Assurances sociales en Meurthe-et-Moselle

CHAPITRE PREMIER

Aperçu d'ensemble (1)

La loi des Assurances sociales s'est heurtée, en Meurthe-et-Moselle, comme partout ailleurs, à des difficultés graves, qui furent rapidement résolues, du fait que tous ceux qui devaient participer à son application, en avaient compris le but lointain ainsi défini par le docteur CHAUVEAU, rapporteur de la loi au Sénat: « Faire pénétrer dans les foyers modestes, qui sont les moins défendus contre la maladie et ses conséquences, des habitudes d'hygiène et de prophylaxie indispensables à la conservation et au développement de la race, laquelle doit être d'autant mieux protégée qu'elle tend à devenir moins nombreuse ». Estimons avec lui que les Assurances sociales doivent créer les grands moyens, nécessaires pour mener à bien cette action d'amélioration de la santé publique.

(1) D'après les renseignements communiqués.

Cette formule, lorsqu'on l'examine de près, désigne le but à atteindre, mais aussi les moyens à employer pour y arriver.

L'ampleur même de la tâche assignée souligne suffisamment qu'elle n'est possible qu'à la condition que tous les organismes se soumettent à une discipline qui suppose l'unité de vue et d'action, sans lesquelles rien de grand et de durable ne peut être réalisé.

En indiquant que les foyers modestes ont plus besoin d'être défendus que les autres, elle marque la tendance à une action préventive toujours plus efficace. Ne montre-t-elle pas suffisamment aussi la nécessité sociale d'une action concertée avec le corps médical et les organismes de médecine et de prévention sociales? Ne souligne-t-elle pas encore la nécessité du relèvement de la natalité?

Ce sont bien là les directives qui ont été appliquées en Meurthe-et-Moselle et qui ont contribué à aplanir bien des difficultés et à préparer la voie à des réalisations sociales intéressantes, auxquelles viendront bientôt s'agréger des œuvres de bienfaisance, de prévoyance sociale qui, peut-être jusqu'alors, ont fonctionné au petit bonheur et souvent d'une manière trop indépendante, en ce sens qu'elles méconnaissent parfois les règles et les principes définis ci-dessus et sans lesquels les efforts restent, en partie du moins, stériles.

Si les modalités d'application de la loi sont à peu près partout les mêmes, ce qui peut différer c'est la nature des relations entre Caisses, l'esprit qui anime les groupements qui doivent participer au fonctionnement, l'attitude du Corps médical, les conceptions des Caisses.

Il paraît donc intéressant de signaler ce qui semble distinguer plus particulièrement le département de Meurthe-et-Moselle.

On constate un grand souci et une belle ardeur des Caisses à éliminer dans leurs rapports tout ce qui peut être un motif de dissociation. Les Caisses, quelle que soit leur origine, ont en vue la bonne application de la loi et ne se sont jamais combattues entre elles : l'union existe réellement.

On paraît également, beaucoup mieux qu'ailleurs, avoir compris que l'utilisation pour la lutte préventive contre les maladies sociales des organismes existants était la mesure la plus sage. Elle fait bénéficier les Caisses de l'action entreprise tout en leur évitant les inconvénients d'une gestion difficile, qu'on ne peut improviser. Subventionner, contrôler, coordonner les efforts, en un mot, éviter la gestion directe qui est pleine d'aléas, a paru jusqu'alors être la meilleure attitude à prendre.

Les Caisses ne s'en départiraient, semble-t-il, qu'en cas de carence d'un des groupements dont la collaboration est nécessaire.

En effet, imagine-t-on les Caisses créant des organismes de prévention à côté des Offices déjà existants, recrutant du personnel nouveau et limitant leur action aux seuls assurés ?

En donnant aux organismes spécialisés dans la lutte préventive les moyens de poursuivre ou d'accroître leur action, les Caisses travaillent pour elles-mêmes, à une échéance plus ou moins éloignée ; elles constateront, par une amélioration de l'état sanitaire de la population, une diminution importante de leurs frais médicaux et pharmaceutiques. C'est un place-

ment qu'elles réalisent ; au surplus, comme toutes leurs subventions ont pour effet d'augmenter les moyens d'action des organismes avec lesquels elles collaborent, leur aide financière, surtout dans la période actuelle, a le caractère d'un acte énergétique.

Enfin, cette méthode est bien la plus économique pour elles ; elles bénéficient de tous les avantages de l'opération et profitent du patrimoine déjà accumulé par les Offices et des subventions et dons recueillis par eux. L'action préventive en est renforcée. Cinq dispensaires nouveaux ont déjà été créés en Meurthe-et-Moselle grâce à la contribution des organismes d'Assurances sociales ; une maison de repos doit bientôt fonctionner dans des conditions excellentes, le prix de journée à payer par les malades ne dépassera vraisemblablement pas 20 francs, dont la plus grande partie leur sera remboursée par les Caisses.

Pour bien marquer cette collaboration, les Caisses ont passé, par l'intermédiaire de l'Union, avec l'Office d'Hygiène et l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle, une convention tripartite où il est spécifié que l'Office met gratuitement à la disposition des Caisses les services de tous les dispensaires existants ou à créer sous son contrôle, ainsi que les services d'infirmières-visiteuses d'hygiène sociale.

En contre-partie de ces avantages, les Caisses se sont engagées à verser une somme forfaitaire de un franc par feuillet reçu, payable semestriellement et à terme échu au trésorier de l'Office.

Cette convention qui, depuis, a été adoptée dans un certain nombre d'autres départements, a également permis le fonctionnement d'une Commission, dite de collaboration, pour le développement des

moyens de protection de la santé publique et dont le rôle est d'étudier toute action susceptible d'amener cette amélioration, d'établir le plan d'action à entreprendre, de coordonner tous les efforts.

Comme son titre l'indique, elle ne limite pas son rôle à une catégorie d'individus; elle vise à des solutions générales touchant toute la population (assurés ou non assurés). Elle considère que tous les efforts sporadiques sont en grande partie inutiles ou vains et qu'il est temps de coordonner toutes les actions séparées engagées par les diverses Administrations, les Caisses, les Offices, les œuvres privées.

Son action a déjà eu d'heureux effets dans l'organisation des consultations prénatales, dans l'organisation des consultations de nourrissons, des maisons de repos; elle envisage l'amélioration du contrôle médical en renforçant l'action des médecins contrôleurs, en mettant à leur disposition, dans les centres d'examen, les appareils sans lesquels ils ne peuvent faire avec certitude un diagnostic. Elle envisage l'application du paragraphe 11 de l'article 4 de la loi et serait tentée de transformer en une obligation l'autorisation mentionnée dans ledit article ainsi conçu: « Tous les cinq ans, l'assuré, malade ou non, sera autorisé à se soumettre à un examen de santé dont les conditions seront fixées dans les conventions prévues au paragraphe 4 du présent article, ou, en l'absence de conventions, dans un règlement spécial établi par la Caisse ».

Elle voudrait que, soit par l'Office d'Hygiène sociale, soit par l'Association syndicale des Médecins, fût établie, pour tous les assurés, une fiche sanitaire complète dont il est facile de concevoir toute l'importance,

afin de constater leur état, de vérifier leur aptitude physiologique ou mentale au travail qui leur est imposé.

Mais ces projets ne sont réalisables qu'avec l'aide des Caisses, des employeurs, de l'Office d'Hygiène sociale et du Corps médical, et à la condition que tous subordonnent leur intérêt propre à l'intérêt général.

Le contrôle médical est organisé d'une manière spéciale en Meurthe-et-Moselle; il est assuré par l'Association syndicale des Médecins. La convention qui a été passée entre les Caisses et les Médecins est la convention type légèrement modifiée; la portée de cette légère modification est considérable en ce sens que, contrairement à l'article 26 du décret du 25 juillet 1930, elle met entre les mains de l'Association syndicale des Médecins le contrôle du malade et le contrôle des praticiens. Et cette conception paraît être la seule acceptable.

Il est indéniable que les médecins contrôleurs désignés par les Caisses n'auraient pas toujours été ceux dont la compétence aurait été reconnue par leurs confrères. Le Syndicat aurait eu tendance à défendre le médecin traitant contre le médecin contrôleur de la Caisse; celui-ci, moins bien renseigné sur les antécédents du malade, se trouverait en état d'infériorité et n'aurait pas communication du diagnostic du médecin traitant, qui est donné, au contraire, sans difficulté aux médecins contrôleurs du Syndicat, lesquels sont choisis parmi les professeurs ou les praticiens les plus réputés et dont l'autorité est reconnue.

Avec cette formule, on peut dire que tout le Corps médical est appelé à collaborer au contrôle. On verra,

en effet, plus loin qu'il est déclenché automatiquement par les soins du médecin traitant.

Ne prétendons pas que le contrôle fonctionne parfaitement dans une œuvre si importante et dont l'application est récente encore. Le contrôle est toujours à la période des débuts au cours de laquelle des retouches sont nécessaires, mais il est attaché à la formule qui paraît être la seule capable d'assurer une collaboration effective entre les Caisses et le Corps médical tout entier.

On ne peut que louer les Caisses d'avoir fait entière confiance au Corps médical en lui déléguant une partie de leurs pouvoirs et, à ce dernier, d'avoir accepté une discipline qui facilite l'application de la loi mais qui est aussi la sauvegarde même de l'indépendance du médecin traitant.

Il n'est pas douteux que si, des deux côtés on voit haut et loin, la collaboration sera durable, loyale, profitable à tous, c'est-à-dire au pays tout entier, car l'éviction, dans la mesure du possible, de la morbidité par la prophylaxie et l'hygiène, l'amélioration de la santé publique ne peuvent être obtenues qu'avec le concours du Corps médical tout entier, qui ne pourrait le refuser sans manquer à son rôle, à sa fonction et à son devoir social.

En résumé, les dispositions spéciales observées et exposées ci-dessus s'énoncent ainsi :

1° Union étroite de tous les organismes et collaboration loyale entre l'Administration, les Caisses, l'Office d'Hygiène sociale, l'Association syndicale des Médecins;

2° Utilisation de tous les organismes déjà existants

et sur de la lutte préventive contre les maladies des animaux.

Et l'œuvre d'une Commission de techniques des assurances sociales de la Prévoyance de l'Hygiène de l'Assurance des Malades, qui était le noyau d'une Direction de la santé publique;

Et l'élaboration de l'Association syndicale des Maîtres et des Cours pour l'organisation d'un service hospitalier plus perfectionné.

La situation des assurances au 31 décembre 1902 était la suivante:

Nombre des assurés maîtres: 214.612 environ, se répartissant ainsi:

Assurés obligatoires ou titulaires des polices agricoles: 181.000, assurés des polices agricoles: 2.000.

Assurés facultatifs ou titulaires des polices agricoles: 100, assurés des polices agricoles: 1.000.

Le nombre des cotisations était de 173.000 environ.

Le nombre de Caisses était égal à 22.

Telles sont les principales caractéristiques du développement des assurances sociales en Belgique. Elles paraissent avoir leur place dans l'évolution normale de l'économie et de la civilisation, particulièrement en ce qui concerne la vie sociale de la plus grande industrie dans le territoire des provinces d'industrialisation générale.

C'est ce qui nous permet même en dehors de la Belgique de constater les exigences.

CHAPITRE I

De la situation des lieux où se trouvent les sources et l'usage des eaux de la fontaine de la ville

ARTICLE I

Les sources de la ville de la fontaine de la ville
sont situées dans les lieux où se trouvent les sources
et l'usage des eaux de la fontaine de la ville
est réglé par les lois et les ordonnances.

Les sources de la ville de la fontaine de la ville
sont situées dans les lieux où se trouvent les sources
et l'usage des eaux de la fontaine de la ville
est réglé par les lois et les ordonnances.

Les sources de la ville de la fontaine de la ville
sont situées dans les lieux où se trouvent les sources
et l'usage des eaux de la fontaine de la ville
est réglé par les lois et les ordonnances.

Les sources de la ville de la fontaine de la ville
sont situées dans les lieux où se trouvent les sources
et l'usage des eaux de la fontaine de la ville
est réglé par les lois et les ordonnances.

Les sources de la ville de la fontaine de la ville
sont situées dans les lieux où se trouvent les sources
et l'usage des eaux de la fontaine de la ville
est réglé par les lois et les ordonnances.

Les sources de la ville de la fontaine de la ville
sont situées dans les lieux où se trouvent les sources
et l'usage des eaux de la fontaine de la ville
est réglé par les lois et les ordonnances.
Les sources de la ville de la fontaine de la ville
sont situées dans les lieux où se trouvent les sources
et l'usage des eaux de la fontaine de la ville
est réglé par les lois et les ordonnances.

Les sources de la ville de la fontaine de la ville
sont situées dans les lieux où se trouvent les sources
et l'usage des eaux de la fontaine de la ville
est réglé par les lois et les ordonnances.
Les sources de la ville de la fontaine de la ville
sont situées dans les lieux où se trouvent les sources
et l'usage des eaux de la fontaine de la ville
est réglé par les lois et les ordonnances.

Les sources de la ville de la fontaine de la ville
sont situées dans les lieux où se trouvent les sources
et l'usage des eaux de la fontaine de la ville
est réglé par les lois et les ordonnances.

des mêmes Caisses les services de ses infirmières visiteuses d'hygiène sociale; celles-ci collaboreront au fonctionnement des Caisses dans des conditions qui seront précisées par un règlement spécial et en particulier assureront en tout ou en partie, pour le compte de ces Caisses, les services de prévention ainsi que ceux de surveillance et de contrôle des assurés (maternité-enfance, etc.), et, en général conditions d'hygiène dans lesquelles ils se trouvent placés.

ARTICLE 3. — En contre-partie des avantages qui leur seront ainsi offerts par l'Office d'Hygiène sociale, les Caisses adhérentes qui ratifieront le présent accord s'engagent à verser, par l'intermédiaire de l'Union, une somme forfaitaire, payable semestriellement et à terme échu, au trésorier de l'Office d'Hygiène sociale.

Cette somme est fixée, pour la durée du présent contrat, au chiffre de deux francs par assuré et par semestre.

ARTICLE 4. — Les Caisses qui, dans le délai de deux mois après la ratification de la présente convention par les trois parties intéressées n'auront pas fait connaître à l'Union des Caisses leur adhésion à ladite convention, ne bénéficieront pas des avantages des articles 1 et 2.

Les assurés appartenant à ces Caisses auront néanmoins accès aux dispensaires rattachés à l'Office d'Hygiène sociale. Le tarif qui leur sera appliqué sera le tarif adopté pour les consultations externes des hôpitaux de Nancy.

ARTICLE 5. — Les dispositions de détail nécessaires pour l'application de la présente convention seront précisées par un règlement intérieur arrêté d'un commun accord entre les parties contractantes.

ARTICLE 6. — En vue d'étudier toute question concernant le bon fonctionnement et le développement de la loi des Assurances sociales dans le domaine de l'Hygiène et de la Médecine préventive et d'envisager en particulier les moyens d'étendre et de renforcer les institutions d'Hygiène et de Médecine sociale déjà existantes, il est institué une commission dite de collaboration pour le déve-

loppement des moyens de protection de la santé publique comprenant les représentants des groupements suivants : Office d'Hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle, Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle, Union des Caisses d'Assurances sociales de Meurthe-et-Moselle, Bureau de Bienfaisance de Nancy, Administration hospitalière de Nancy, auxquels pourront être adjoints les fonctionnaires chargés des services de l'Inspection départementale d'Hygiène, de l'Inspection de l'Assistance publique et de la Direction du Service départemental des Assurances sociales.

ARTICLE 7. — La présente convention est conclue pour une durée d'une année et se renouvellera par tacite reconduction sauf préavis donné par l'une des parties contractantes un mois avant son expiration.

SECTION II

ANNEXE

Comment régler la collaboration éventuelle entre les dispensaires d'Hygiène sociale et le Corps médical dans les Assurances sociales, par M. le Professeur PARISOT et M. le docteur GIRY.

Les Assurances sociales ont pour but général la protection de la santé publique, c'est-à-dire qu'elles doivent rechercher et mettre en œuvre, au mieux des intérêts de tous, les moyens nécessaires pour lutter contre la maladie et, davantage encore, la prévenir. Leur effort ne peut être isolé, mais logiquement adapté de façon à établir une étroite collaboration entre elles et les éléments appelés à exercer cette double tâche curative et préventive, c'est-à-dire, d'une part, les organisations publiques et privées d'hygiène et de médecine sociale; d'autre part, l'ensemble du Corps médical. C'est la réunion de ces *trois forces* qui, seule, peut conduire au succès : chacune d'elles doit avoir sa part de responsabilité et d'action dans le travail commun, la carence de l'une d'entre elles conduisant

nécessairement à un échec ou à la mise en œuvre de mesures palliatives peut-être de cette carence, mais sans nul doute nuisibles pour elles et plus encore pour le pays entier.

Il importe donc que les *bases* comme les *modes* d'une telle collaboration soient parfaitement définis: la discussion engagée à ce sujet doit conduire à l'établissement d'un plan d'action clair et précis seul capable, en fixant à l'avance les tâches respectives, de supprimer pour l'avenir les « points de friction », d'éviter les erreurs comme les abus et de protéger les intérêts de tous en sauvegardant les droits de chacun.

Sans doute, l'étude d'un tel problème est-elle particulièrement ardue du fait que le champ de cette action — la protection de la santé — est lui-même singulièrement étendu et ses limites difficiles à préciser, du fait aussi qu'à chacune des questions nombreuses qu'il pose, doit être adaptée une solution particulière.

Ce qui concerne les soins aux malades, qu'il s'agisse de soins à domicile ou d'hospitalisation, a été envisagé antérieurement. Par contre, une partie importante mérite d'être discutée, celle qui serait plus spécialement à l'action préventive, à la lutte contre la syphilis, la mortalité infantile.

Ce sont les *dispensaires d'Hygiène sociale*, qu'ils soient polyvalents ou spécialisés, qui représentent, en même temps que les éléments principaux de notre armement d'hygiène sociale, les organismes les plus en contact avec une masse importante de la population. Leur fonctionnement ne peut en aucun point de vue laisser indifférent le médecin praticien; au reste, c'est surtout à ce sujet particulier qu'ont été soulevées la plupart des discussions du Corps médical et de la médecine pratique avec l'organisation de la médecine sociale.

Or, la catégorie de la population touchée par les dispensaires n'est-elle pas, pour une large part, celle même que vont intéresser les Assurances sociales?

Il est indispensable de fixer avec précision quels sont les rapports à intervenir entre assurances, dispensaires, médecins, praticiens; si l'on veut éviter le réveil de différends aujourd'hui encore mal réglés, et d'errements capables de porter, en bien des

régions, une atteinte plus grave que jamais tant au développement indispensable de la médecine sociale qu'aux légitimes intérêts du corps médical.

Sans doute, un mode de fonctionnement simple sera proposé et peut-être mis en pratique dans certaines parties de la France : l'entente directe entre les Caisses et les dispensaires ou l'Office d'Hygiène sociale départemental, dont ils dépendent. Les textes de la loi et de règlement d'administration publique envisagent cette collaboration. L'article 6 de la loi dit, par exemple : « L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle », et l'article 35, § 1^{er}, du décret d'administration publique affirme encore cette possibilité. Les Caisses d'assurances passent avec les Syndicats professionnels et avec les établissements publics hospitaliers ou les établissements privés, notamment les dispensaires, cliniques, hôpitaux, établissements de cure et de prévention, les conventions nécessaires pour assurer leurs services de prestations à domicile et par hospitalisation.

Or, remarquons que bon nombre d'Offices d'Hygiène sociale départementaux sont des organismes privés, reconnus d'utilité publique, utilisant des « médecins spécialisés », c'est-à-dire des fonctionnaires ou des praticiens rémunérés forfaitairement et que, dans ces conditions, ces Offices sont entièrement libres de traiter à leur guise avec les Caisses sans intervention possible du « Syndicat professionnel », d'autant que dans le texte du décret d'administration publique n'est pas envisagée l'intervention de ce syndicat (comme en matière d'hospitalisation) ; il précise « ou les établissements privés », sans mentionner comme précédemment d'entente avec ce syndicat.

Enfin, chose plus grave encore, si, au début tout au moins du fonctionnement des assurances, il serait difficile à celles-ci de réunir les capitaux pour la construction d'hôpitaux ou de cliniques privées des Caisses, par contre l'effort financier minime nécessaire pour la création de dispensaires leur permettra d'ou-

vrir rapidement des consultations dont elles seront *libres* d'assurer le fonctionnement, suivant une règle fixée par elles seules. Cette éventualité peut être aussi menaçante pour le médecin praticien que pour la vitalité et l'action méthodique des œuvres d'hygiène sociale. Et nous en arrivons ainsi à cette conclusion déjà formulée pour les syndicats, que, si l'on veut éviter erreurs et abus, il faut, dans chaque département, non seulement que les syndicats médicaux soient forts, mais également que les Offices d'Hygiène sociale soient bien *outillés* et *puissants*, de telle façon qu'ils puissent s'opposer à une réglementation et à une organisation de la médecine sociale faite par les Caisses et dépendant d'elles. Il en ressort également cette notion que, seule, l'entente « Syndicat médical » « Office d'Hygiène sociale » peut permettre d'éviter une éventualité que la faiblesse ou la désunion de ces deux parties transformera en certitude. Au reste, il n'y a pas d'organisation viable et productive possible au point de vue d'hygiène sociale, sans le concours des médecins praticiens: ce que l'un de nous écrivait en 1923 est plus vrai encore avec les Assurances sociales: « Les médecins praticiens représentent des auxiliaires précieux et indispensables pour mener à bien la lutte contre la tuberculose et les fléaux sociaux en général; toute organisation qui, loin de s'appuyer sur eux, s'aliénerait leur concours par quelque mesure injuste et vexatoire, serait frappée dans son développement et même dans sa viabilité. » (J. PARISOT, Congrès de la Tuberculose, Strasbourg, 1923, et de la collaboration du Corps médical avec le dispensaire: Rapport du Congrès national de la Tuberculose, Lyon).

Cette collaboration doit représenter la base d'organisation; le jour où les Assurances sociales entreront en jeu, mais existe-t-elle bien établie, bien confiante et régulière partout? Tout le monde est d'accord théoriquement, mais seule la pratique importe et l'on peut affirmer que partout où on a pu la susciter suivant des modalités et des règles bien définies, rien ne sera plus facile que d'adapter l'état actuel à la situation nouvelle créée par l'intervention du troisième facteur représenté par les Caisses.

Ces principes généraux établis, la formule qui nous paraît

répondre aux directives exprimées précédemment peut être concrétisée de la façon suivante :

1° Les médecins praticiens s'engageront à apporter à l'organisation d'hygiène sociale locale une active collaboration, spécialement en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, la syphilis et la mortalité infantile.

2° Les modalités de cette collaboration doivent être envisagées suivant qu'il s'agit de la « collaboration avec les services antivenériens » ou de la « collaboration avec les services antituberculeux ».

a) Collaboration avec les services antivenériens :

Les médecins praticiens fourniront leur concours régulier et suivant les règles fixées par l'organisation de la lutte antivenérienne en vigueur dans chaque département : collaboration avec les dispensaires, traitement de la syphilis, au cabinet du médecin, en observation de cette règle générale que la prophylaxie antivenérienne repose pour une très large part sur la stérilisation *des malades contagieux et sur leur surveillance médicale et sérologique* indispensable, réalisée par les *dispensaires et le laboratoire régional de sérologie*.

En conséquence, les dispensaires assureront non seulement le *diagnostic*, mais également le *traitement* et la *surveillance des malades*, tout particulièrement de ceux qui sont atteints d'accidents contagieux qui se présenteront aux consultations ou y seront adressés par des médecins praticiens.

Les praticiens participant au service du « traitement de la syphilis au cabinet du médecin » devront fournir régulièrement au service central antivenérien tous renseignements concernant leur action, rapports, statistique, etc... Ils devront recourir à lui pour toutes indications utiles pour éclairer le diagnostic, instituer le traitement ou en surveiller les effets (examens sérologiques de contrôle).

Les services antivenériens ne recevront des assurés aucune rémunération, mais pourront, pour aider et développer leur action pro-

phylactique ainsi comprise (diagnostic, traitement, contrôle), être subventionnés par les Caisses.

b) Collaboration avec les services antituberculeux :

Les médecins adresseront au dispensaire du secteur où ils exercent les tuberculeux, suspects et leur famille.

En face de ce concours qui, spécialement pour la tuberculose, doit représenter un mode de déclaration aux dispensaires des cas de cette affection, les dispensaires devront fournir, par la méthode des « fiches de liaison », tous renseignements utiles (documents cliniques, bactériologiques, radiologiques, cuti-réactions, etc.) au médecin traitant, les aider pour toutes mesures à prendre vis-à-vis de leurs malades (placements en sanatorium, préventorium, etc.). *Ils devront s'abstenir de toute intervention concernant le traitement, celui-ci étant exclusivement assuré par le médecin praticien*, et cantonneront logiquement leur intervention à l'action prophylactique pour laquelle ils ont été créés, action exercée en particulier par l'intermédiaire des infirmières visiteuses d'hygiène sociale, en collaboration avec le médecin traitant. En un mot, le médecin praticien concourt à l'action en faisant connaître régulièrement aux dispensaires tous les malades pour lesquels doit s'exercer une intervention prophylactique et garde ce qui concerne le traitement pour lequel il est normalement honoré.

Les dispensaires n'ont donc à recevoir des assurés aucune rémunération, mais peuvent, pour aider et développer leur action prophylactique, être subventionnés par les Caisses.

3° Les médecins s'efforceront d'aider au fonctionnement des *consultations prénatales, de nourrissons, de surveillance sanitaire des enfants* (collaboration avec les services spécialisés prématernels, dépistage de la syphilis maternelle, héréditaire, etc., dispensaires d'hygiène sociale infantile, inspection médicale scolaire, des pupilles de la nation).

4° Au cas où cette collaboration ainsi entendue ne se manifesterait pas ou, existante déjà, ne se continuerait pas, ou ne s'intensifierait pas, l'Office d'Hygiène sociale, dégagé de ce fait de

son entente avec le Syndicat médical, se trouverait dans l'obligation, pour assurer la charge qui lui a été confiée, d'entrer directement en relation avec les Caisses, cette éventualité portant alors le préjudice le plus grave aux intérêts du Corps médical sans aucun doute; en effet, un contrat « Caisse-Office d'Hygiène sociale » aurait presque à coup sûr comme conséquence l'intervention des dispensaires, non seulement au point de vue prophylactique, mais également au point de vue du traitement, et serait par lui-même susceptible d'enlever au médecin praticien une partie importante de la clientèle des assurés.

Une telle organisation n'est que la consécration et le développement de celle qui existe en certains départements: celui de Meurthe-et-Moselle, par exemple, où, depuis trois années, le pourcentage des malades suivis par les dispensaires et adressés par leur médecin traitant oscille de 80 à 90 %.

L'entente que la *pratique* et non la *théorie* démontre dans notre région aujourd'hui excellente, ne peut que se développer et se renforcer dans l'avenir en face des Assurances sociales et au mieux des trois parties en présence. Mais encore faut-il, comme nous le disions précédemment, que, pour la mise en œuvre d'une telle organisation, soient réalisées certaines conditions:

a) *Existence d'un syndicat fort*, apte aussi bien à défendre les intérêts des médecins qui le composent qu'à orienter leur activité vers une large collaboration aux œuvres de médecine sociale;

b) *L'existence d'une organisation d'hygiène sociale solidement construite* également capable d'imposer des directives suivant un plan logiquement défini;

c) *Une étroite collaboration par entente réciproque entre les deux organismes* suivant les principes que nous avons personnellement mis en œuvre depuis près de dix années dans notre département. Un tel « bloc » peut et doit, en pareil cas, traiter avec succès avec le troisième élément à intervenir: les Caisses.

La question des rapports des dispensaires d'hygiène sociale avec les assurés en pose une autre, celle des relations de ceux-ci avec les consultations externes (médecine et chirurgie générales,

spécialités, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, etc., des hôpitaux).

A ce point de vue, la solution du problème nous paraît plus simple encore: il n'est plus ici à faire intervenir le point de vue particulier de la prophylaxie.

Nous n'hésitons pas à conclure que les assurés sociaux ne doivent pas être reçus ni traités dans les services de consultations externes des hôpitaux, tout au plus peut-on admettre que, dans certains cas exceptionnels (diagnostic à éclaircir, cas intéressant spécialement éducation médicale dans les hôpitaux d'enseignement), les malades pourront être adressés à ces consultations par leur médecin traitant, mais à condition qu'ils soient porteurs d'une lettre de ce médecin précisant la raison de leur venue.

Cette méthode permet seule de s'opposer à une éventualité redoutable encore pour le Corps médical, la possibilité d'une entente directe entre les Caisses et les administrations hospitalières, dont dépendent ces consultations, aux termes de laquelle les assurés y seront reçus et traités gratuitement (pour une somme forfaitaire ou subvention annuelle à ces administrations). Cette éventualité n'est pas chimérique: l'exemple récent d'une circulaire émanant du ministère des Pensions tendant au traitement des malades pensionnés (article 64) gratuitement ou à forfait dans ces consultations, constitue à ce sujet une première tentative que, sans nul doute, les Assurances sociales ne manqueront pas de renouveler.

L'accord manifesté à cet égard par la Commission administrative des hospices et les membres de la Faculté de Médecine de Nancy repoussant ces propositions, est un exemple qui mérite d'être signalé et imité.

CHAPITRE III

Traité entre les Hospices civils de Nancy et l'assemblée des Chefs des services hospitaliers des Hospices civils de Nancy constituée en section syndicale hospitalière de l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle.

Entre la Commission administrative des Hospices civils de Nancy, d'une part;

Et l'assemblée des chefs de services hospitaliers des Hospices civils de Nancy (professeurs, agrégés, médecins et chirurgiens des Hôpitaux-Médecine du Sanatorium de Lay-Saint-Christophe excepté), constituée en section syndicale hospitalière de l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle, représentée par M. le Professeur L. SPILLMANN, doyen de la Faculté de Médecine de Nancy, et par M. le docteur GIRY, président de l'Association, d'autre part;

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

ARTICLE PREMIER. — La Commission administrative des Hospices civils de Nancy acceptant de recevoir dans ses hôpitaux, dans la limite des disponibilités en lits de ses services hospitaliers et conformément aux dispositions du règlement intérieur de ses établissements, les assurés sociaux bénéficiaires de l'assurance « maladie », le présent traité a pour but de déterminer les rapports devant exister entre la Commission administrative, d'une part, et le Corps médical hospitalier, d'autre part, ainsi que le mode de fixation et de perception des honoraires médicaux pour les soins donnés aux assurés sociaux hospitalisés ou bénéficiant des services de consultations et d'interventions externes.

CHAPITRE PREMIER

Les assurés sociaux dans les services hospitaliers

ARTICLE 2. — Les honoraires médicaux pour les assurés sociaux hospitalisés seront, conformément à la circulaire du ministre du Travail en date du 22 septembre 1930, sur le tarif de réassurance, fixés forfaitairement à quatre francs par journée de médecine ou de chirurgie. Toutefois, il ne sera pas perçu d'honoraires médicaux pour les assurés sociaux traités en salle commune au Sanatorium de Lay-Saint-Christophe, les honoraires médicaux étant déjà compris dans le prix de journée de cet établissement, où les médecins ont une situation rémunérée qui les attache exclusivement à l'établissement.

ARTICLE 3. — Dans un but d'ordre et de facilité de perception, l'assemblée des chefs des services hospitaliers donne mandat à la Commission administrative des Hospices civils de Nancy, qui l'accepte, de percevoir auprès des Caisses d'assurances le montant des honoraires médicaux qui lui sont dus pour les soins donnés aux assurés sociaux hospitalisés.

ARTICLE 4. — Au cas où ultérieurement le Corps médical hospitalier revendiquerait et obtiendrait la fixation des honoraires médicaux, sur les bases autres que celle forfaitaire, soit pour les cinq catégories d'assurés sociaux, soit seulement pour certaines de ces catégories, la Commission administrative cesserait *ipso facto* d'être l'intermédiaire entre le Corps médical hospitalier et les Caisses pour la perception des honoraires médicaux, lesquels seraient alors perçus par le Corps médical hospitalier lui-même auprès des Caisses, la Commission administrative se réservant toutefois d'exercer le droit de contrôle que lui donnent la loi du 7 août 1851 et son règlement intérieur et que, dans la circonstance, lui confirment à nouveau les lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 sur les Assurances sociales (art. 7).

ARTICLE 5. — Pour les assurés sociaux, comme pour les autres catégories de malades payants en salle commune, il restera rigou-

reusement interdit au Corps médical hospitalier et à ses collaborateurs de tout ordre de percevoir *directement des malades* des honoraires quelconques.

CHAPITRE II

Les assurés sociaux dans les consultations externes

ARTICLE 6. — Conformément au désir de M. le Ministre du Travail et à l'entente qui s'est établie à Nancy entre le Corps médical hospitalier et l'Association syndicale des Médecins et Chirurgiens de Meurthe-et-Moselle, les assurés sociaux auront accès aux différentes consultations organisées dans les Hospices civils de Nancy.

ARTICLE 7. — Comme conséquence de cette situation nouvelle, ces services de consultations gratuites cesseront de porter cette dénomination pour prendre celle de « Services de consultations externes ».

ARTICLE 8. — Les consultations données aux assurés sociaux et les interventions externes qui pourront leur être pratiquées à ces conditions donneront lieu à perception d'honoraires et d'un remboursement de frais administratifs auprès des Caisses d'assurances, en faveur du Corps médical hospitalier et des Hospices civils, honoraires et frais qui sont fixés forfaitairement à 9 fr. 60 par consultation ou intervention externe, quelle que soit la nature de la consultation et l'importance de l'intervention. La répartition de cette perception de 9 fr. 60 par consultation ou intervention externe sera faite sur la base de 50 % entre les deux parties intéressées et ci-dessus désignées.

ARTICLE 9. — Il ne sera pas, *en principe*, fait de radiographies aux assurés sociaux aux consultations externes, mais il pourra leur être fait des radoscopies, tarifées au prix forfaitaire de la tarification unique des consultations.

ARTICLE 10. — Dans un but d'ordre et de facilité de perception, l'assemblée des chefs de services hospitaliers donne mandat à la Commission administrative des Hospices civils de Nancy, qui

l'accepte, de percevoir auprès des Caisses d'assurances le montant des honoraires médicaux qui lui sont dus pour les soins donnés aux assurés sociaux, aux services de consultations et d'interventions externes.

ARTICLE 11. — Au cas où, ultérieurement, le Corps médical hospitalier revendiquerait et obtiendrait la fixation d'honoraires médicaux, pour les consultations et interventions externes, sur des bases autres que celle forfaitaire unique, la Commission administrative cesserait *ipso facto* d'être l'intermédiaire entre le Corps médical hospitalier et les Caisses pour la perception des honoraires médicaux, lesquels seraient alors perçus par le Corps médical hospitalier lui-même auprès des Caisses d'assurances, la Commission administrative se réservant d'exercer le droit de contrôle que lui donnent les lois et son règlement intérieur, ainsi qu'il a déjà été stipulé à l'article 6 du présent traité.

ARTICLE 12. — Au cas où la Commission administrative, pour le motif indiqué à l'article 11, viendrait à cesser de percevoir des Caisses d'assurances le montant des honoraires médicaux dus pour les soins donnés aux assurés sociaux aux consultations externes, elle n'en conserverait pas moins droit à sa part de 50 % dans le montant du remboursement global de 9 fr. 60 pour couvrir une partie des frais généraux des consultations externes dont elle supporte seule la charge.

ARTICLE 13. — Aux consultations externes, comme dans les services d'hospitalisation, il restera *rigoureusement interdit au Corps médical hospitalier* et à ses collaborateurs de tout ordre de percevoir *directement* des assurés sociaux, comme de tout autre malade, des honoraires quelconques.

ARTICLE 14. — La Commission administrative n'interviendra pas dans la perception des honoraires médicaux aux consultations des dispensaires d'Hygiène sociale installés dans ces établissements: Dispensaire Villemin, Dispensaire Alf. Fournier, Dispensaire anticancéreux, Dispensaire Paul Haushalter, actuellement dirigés par des Professeurs de la Faculté de Médecine, se réservant seulement de rechercher, avec l'Office départemental d'Hygiène sociale, la

solution du remboursement de certaines interventions pratiquées avec le concours des hôpitaux.

Il en sera de même pour les consultations dentaires qui, à partir de l'approbation du présent traité, cesseront de recevoir des hospices les matières premières servant aux soins dentaires.

ARTICLE 15. — Le contrôle des consultations externes ne pouvant être organisé sur des bases rigoureusement effectives, la Commission administrative et le Corps médical hospitalier s'engagent réciproquement à s'apporter une collaboration mutuelle pour arriver à un fonctionnement aussi normal que possible des consultations externes, en ce qui concerne notamment les assurés sociaux, fonctionnement dont sera exclue toute décision contraire au bon sens humanitaire, au cas où des malades sérieusement atteints se présenteraient en situation irrégulière vis-à-vis de leur Caisse d'assurances et du service des consultations.

ARTICLE 16. — En ce qui concerne certaines interventions externes pratiquées dans les Etablissements hospitaliers et pour lesquelles le Corps médical n'intervient pas (bains, douches, traitement de gale, désinfection des vêtements), la Commission administrative encaissera la totalité de la tarification appliquée aux Caisses d'assurances, tarification qui sera celle consentie dans les hôpitaux au service de l'assistance médicale gratuite.

CHAPITRE III

Dispositions diverses

ARTICLE 17. — La Commission administrative réglant ses comptes trimestriellement avec les Caisses d'assurances versera, dès encaissement par elle, à M. le Doyen de la Faculté de Médecine, Président du Conseil d'administration de la Caisse des Chefs de services hospitaliers, dûment mandaté à cet effet :

1° La totalité des honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés sociaux hospitalisés ;

2° 50 % du montant global des perceptions effectuées pour les soins donnés aux assurés sociaux dans les consultations externes.

ARTICLE 18. — La Commission administrative tiendra à la disposition de M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy,

Président du Conseil d'administration de la Caisse des Chefs de services hospitaliers, la justification des opérations relatives à la récupération, à l'encaissement et au versement des honoraires médicaux.

ARTICLE 19. — En cas de non perception d'honoraires médicaux pour soins donnés à des assurés sociaux, par suite d'hospitalisation ou dans les consultations externes, les assurés s'étant trouvés en situation administrative irrégulière vis-à-vis de la législation des assurances sociales, cas qui pourra se présenter de temps à autre et même être assez fréquent pendant les premiers mois d'application de la nouvelle législation, la Commission administrative ne pourra aucunement être rendue responsable de ces pertes involontaires.

Il en sera de même, en tout temps, en ce qui concerne la perception du ticket modérateur, si le ticket devait jouer sur les honoraires dus soit pour les soins donnés aux assurés hospitalisés, soit pour ceux donnés aux assurés versant aux consultations externes.

ARTICLE 20. — La Commission administrative n'interviendra en rien dans la perception des honoraires médicaux dus pour soins donnés aux assurés sociaux à la Pension Bon-Secours et dans les pensions annexes, les assurés devant s'entendre à cet égard directement avec leur Caisse d'assurances et leur médecin ou chirurgien.

ARTICLE 21. — Le présent traité est passé pour une durée d'une année. Il se renouvellera d'année en année, par tacite reconduction, s'il n'a pas été dénoncé par l'une des deux parties contractantes avant le 1^{er} octobre de l'année à la fin de laquelle il devra expirer.

ARTICLE 22. — Le présent traité établi en quadruple original, dont un pour la Commission administrative des Hospices civils de Nancy, un pour la Section syndicale hospitalière de l'Association des Médecins de Meurthe-et-Moselle, un pour l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle et un pour M. le Préfet de Meurthe-et-Moselle, sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de Meurthe-et-Moselle pour recevoir son exécution à dater du 1^{er} janvier 1931.

Fait à Nancy, le 16 décembre 1930.

CHAPITRE IV

Nouvelle convention

Entre Monsieur
président de la Caisse Primaire de

Et M. le docteur Giry, président de l'Association syndicale des
Médecins du département de Meurthe-et-Moselle;

Il est passé la convention suivante:

Libre choix

ARTICLE PREMIER. — Pour les soins à domicile et au cabinet du médecin, le libre choix de l'assuré s'exerce entre tous les médecins, membres ou non du Syndicat contractant, qui ont adhéré aux clauses de la présente convention. Ladite adhésion résulte, soit d'une notification faite à la Caisse par le Syndicat médical ou par le médecin lui-même, soit de l'apposition de la signature du médecin sur une feuille de maladie.

Sous réserve de son droit de faire connaître à ses adhérents par telle voie qui lui convient les sanctions corporatives ou judiciaires prises à l'encontre d'un médecin, la Caisse s'engage à ne faire aucune discrimination par voie de circulaires ou d'affiches entre les médecins qui ont adhéré à la présente convention.

La Caisse ne supporte aucune participation dans les frais de déplacement supplémentaires résultant du choix fait par l'assuré d'un praticien autre que les praticiens de la commune où il réside ou, à défaut, de la commune la plus rapprochée.

Présentation de la carte d'immatriculation

ARTICLE 2. — Tout bénéficiaire de l'assurance sociale qui consulte en qualité un médecin, doit lui présenter, sur sa demande, la carte d'immatriculation dont il se réclame.

Feuille de maladie ou feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux.

ARTICLE 3. — Tout bénéficiaire des assurances sociales qui veut faire usage de son droit à l'assurance-maladie se fait délivrer par la Caisse une feuille de maladie.

Lors de chaque acte médical, le médecin porte sur la feuille de maladie les indications prescrites.

Il indique notamment, lors de la première visite ou consultation, dans la mesure du possible, la durée probable de l'affection et, quand il y a lieu, et s'il s'agit de l'assuré lui-même, la nécessité de l'interruption du travail. Il indique également, dans ce dernier cas, lors de la dernière visite ou consultation, la date à laquelle le travail peut être repris.

La feuille de maladie ne doit porter aucun diagnostic.

Elle ne doit jamais être conservée par le médecin.

Dans les cas d'urgence, le malade peut se présenter au médecin sans feuille de maladie pour la première visite ou consultation.

Le médecin lui délivre alors sur sa demande, sur un papier à en-tête ou portant son cachet, une attestation lui permettant de faire valoir ses droits au regard de la Caisse.

Si l'état du malade exige une intervention chirurgicale, ou des soins spéciaux, le médecin traitant adressera une demande d'avis au contrôle médical technique. Le contrôle médical technique délivrera après examen, s'il y a lieu, une feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux dont le modèle est annexé à la présente convention. Le médecin spécialiste porte sur cette feuille les indications requises, dans les mêmes conditions que sur la feuille de maladie. La délivrance de la feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux est nécessaire, même si ces soins sont donnés par le médecin traitant. La procédure d'urgence, prévue à l'alinéa 6 qui précède, peut être appliquée.

S'il y a lieu à l'intervention d'un auxiliaire médical, le médecin traitant la spécifie sur une ordonnance qu'il adresse à la Caisse.

Le malade règle directement les honoraires du médecin.

La signature du médecin, dans la colonne réservée à l'acquit,

tant sur la feuille de maladie que sur la feuille de soins spéciaux ou de chirurgie, comporte de sa part quittance des honoraires qui lui sont dus par l'assuré jusqu'au jour inclus de la dernière signature.

Le médecin ne peut donner acquit que pour des actes médicaux qu'il a accomplis personnellement.

En dehors des cas dont elle est seule juge, la Caisse ne fait pas d'avance à l'assuré; elle lui rembourse, dans la limite de son tarif de responsabilité, compte tenu de la participation de l'assuré, prévue par l'article 4, § 5, de la loi, le prix des actes médicaux pour lesquels le médecin a donné acquit.

Ordonnances

ARTICLE 4. — Le médecin formule ses ordonnances sur du papier à en-tête ou portant son cachet, en inscrivant de façon très lisible, au-dessous de l'en-tête ou du cachet, le numéro matricule de l'assuré, précédé des lettres A. S.

Afin d'assurer le remboursement à l'assuré des prestations dues, le médecin formule pour chaque malade sur des feuilles distinctes :

a) Chacune des ordonnances relatives aux médicaments ou appareils que l'assuré aura à se procurer chez des fournisseurs différents (pharmacien, herboriste, opticien, etc.);

b) Chacune des ordonnances relatives aux soins requérant l'intervention d'auxiliaires (infirmier, masseur, etc...).

Les ordonnances sont formulées quantitativement avec toutes la précision possible. En ce qui concerne les interventions d'auxiliaires, le médecin précise la nature exacte et le nombre des interventions.

Intervention d'un médecin consultant

ARTICLE 5. — Le médecin traitant qui désire faire appel au concours d'un médecin consultant en porte la mention expresse sur la feuille de maladie en indiquant le nom du médecin consultant.

Tarifs

ARTICLE 6. — Le tarif syndical minimum et le tarif fixant la part contributive garantie par la Caisse dans le prix de l'acte médical (ce dernier tarif conforme aux textes réglementaires) sont établis d'après une même nomenclature annexée à la présente convention à titre indicatif.

A cette nomenclature est jointe l'indication du mode de calcul des frais de déplacement du médecin.

Contrôle

ARTICLE 7. — Les parties signataires exerceront le contrôle dans les conditions prévues par le règlement du contrôle médical technique, établi d'accord entre l'Union des Caisses et l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle, et annexé à la présente convention.

Le Syndicat prend notamment l'engagement prévu par l'article 26 dudit décret.

De son côté, la Caisse déclare avoir connaissance des statuts du Syndicat et elle s'engage, sous réserve du droit d'appel prévu ci-après, à donner effet, pour ce qui la concerne, lorsqu'elles seront devenues définitives, aux sanctions prises par le Syndicat, conformément, auxdits statuts, à l'encontre de tout médecin ayant adhéré à la présente convention, dans les formes prévues par l'article premier.

Le Syndicat reconnaît à la Caisse et à tout médecin intéressé, pour toutes les décisions prises par son Conseil de famille, le droit d'appel devant le Conseil de famille national et, en dernier ressort, devant une commission arbitrale de trois membres, nommés pour un an par le Conseil supérieur des Assurances sociales, dont deux choisis dans le sein dudit Conseil, l'un parmi les représentants des Caisses primaires, l'autre parmi les délégués des groupements professionnels de la médecine. Le troisième ne pouvant être ni un représentant des Caisses, ni un praticien, ni un fournisseur des Caisses.

La Caisse et le Syndicat médical s'engagent à se communiquer

réciiproquement tous renseignements utiles au fonctionnement du contrôle, et le Syndicat médical s'engage à communiquer à la Caisse les sanctions prises.

Les frais du contrôle médical technique sont couverts par l'Association syndicale des Médecins et les Caisses signataires de la convention. Ces frais sont répartis conformément à un accord spécial annexé à la présente convention.

Les médecins non syndiqués adhérant à la convention participent aux frais de ce contrôle par un versement annuel de cent francs au Syndicat médical.

Hospitalisation

ARTICLE 8. — Les conventions qui interviendront entre la Caisse et les Commissions administratives des hôpitaux seront annexées à la présente convention.

Durée de la convention

ARTICLE 9. — La présente convention est conclue pour un an et se renouvellera par tacite reconduction d'année en année, sauf préavis donné par lettre recommandée un mois à l'avance par la partie qui désirera la dénoncer.

Toutefois, la convention sera résiliée de plein droit en cas de manquement grave constaté dans les formes prévues par l'article 7, § 5, de la loi.

Pendant la durée de la convention, la Caisse signataire s'engage à ne pas traiter avec un autre Syndicat sur le même territoire.

Le Syndicat signataire s'engage, de son côté, à offrir à la Caisse signataire le bénéfice de toute clause qu'il accepterait d'insérer dans une convention passée par lui avec une autre Caisse.

Fait à Nancy, le

Le Président de la Caisse.

*Le Président
de l'Association syndicale
des Médecins de Meurthe-et-Moselle.*

Ces documents formant la charpente de l'organisation des Assurances sociales en Meurthe-et-Moselle, il nous reste à étudier rapidement le fonctionnement des principaux rouages et d'abord la partie la plus originale et la plus ingénieuse aussi : le contrôle médical technique.

DEUXIÈME PARTIE

Contrôle médical technique

TITRE PREMIER

Fonctionnement

CHAPITRE PREMIER

Règlement

A la suite des résolutions votées le 22 mars 1931 par l'assemblée générale de l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle et le 23 mai 1931 par les représentants des Caisses primaires de répartition du département de Meurthe-et-Moselle et des accords intervenus entre ces deux organismes, il est institué un système de contrôle régulier qui doit fonctionner systématiquement avec la collaboration de tous les praticiens et de toutes les Caisses d'Assurances sociales du département dans les cas suivants :

1° Toutes les fois qu'une même maladie nécessite plus de huit visites consécutives ;

2° Toutes les fois qu'un bénéficiaire de l'assurance-maladie est justiciable d'une intervention chirurgicale ou se trouve dans la nécessité de recevoir des soins spéciaux, ou se trouve encore dans l'obligation de porter un bandage ou un appareil de prothèse ;

3^b Toutes les fois qu'un bénéficiaire de l'assurance-maladie se trouve dans un état de santé qui nécessite une cure de repos ou l'envoi dans un établissement de prévention ou de cure ou encore dans un établissement thermal.

Ce contrôle doit être déclenché automatiquement par les soins du médecin traitant intéressé, il présente un caractère préventif et a pour but d'éviter tous les abus possibles et toutes les contestations qui pourraient naître ultérieurement entre les Caisses et le contrôle technique.

Ce contrôle est d'ailleurs entièrement distinct des demandes de contrôle visant des cas particuliers qui peuvent toujours être formulées par les différentes Caisses d'Assurances sociales quand celles-ci l'estiment nécessaire.

Il est l'expression des sentiments de collaboration loyale et confiante qui animent les représentants des Caisses primaires d'Assurances sociales et de l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle.

Il est donc extrêmement désirable que les règles établies d'un commun accord pour chacun des cas où le contrôle technique médical doit être déclenché soient rigoureusement et exactement suivies par tous ceux qui sont appelés à collaborer au bon fonctionnement de la loi des Assurances sociales.

1^o Maladie nécessitant plus de huit visites consécutives

Dès qu'une maladie aura nécessité plus de huit visites consécutives, le médecin traitant enverra un avis au contrôle technique médical.

Pour cela, il utilisera une *carte-lettre rouge* (contrôle technique, modèle n° 1) qu'il trouvera chez l'assuré à qui elle aura été remise par les soins de sa Caisse. Le praticien devra remplir cette carte-lettre en indiquant le diagnostic de l'affection, en justifiant le nombre de visites effectuées et en indiquant quelles sont les complications et la durée prévue de la maladie.

Il est à noter que cette carte-lettre doit être envoyée dès qu'il y a eu plus de huit visites, sans avoir à rechercher si ces huit visites ont été effectuées dans une même quinzaine ou non.

La carte-lettre rouge comporte l'indication du diagnostic, elle a donc un caractère confidentiel, elle est destinée uniquement au contrôle médical et ne peut jamais être communiquée aux Caisses.

A la fin de chaque mois, le service du contrôle technique adresse aux différentes Caisses d'assurances sociales un relevé des notifications de maladies ayant nécessité plus de huit visites qui lui ont été faites en indiquant, s'il y a lieu, les suites qui ont été données à ces notifications dans chaque cas.

2° Intervention chirurgicale

Dans tous les cas où il estime qu'un assuré ou un bénéficiaire des Assurances sociales est justiciable d'une intervention chirurgicale et sauf, bien entendu, dans les cas où cette intervention présente un caractère d'urgence, le médecin traitant adressera une demande d'avis au contrôle technique.

Cette demande se fait au moyen de l'envoi d'une *carte-lettre jaune* (contrôle technique, modèle n° 2). Tous les médecins seront approvisionnés de ces imprimés par les soins de l'Association syndicale des Médecins.

Cette demande comporte le diagnostic de l'affection, indique la nature et le caractère d'urgence de l'intervention à pratiquer.

Le service du contrôle technique fait parvenir à l'assuré, après examen s'il y a lieu, la feuille jaune de soins spéciaux ou chirurgicaux, feuille qui, jusqu'à présent, était délivrée par les différentes Caisses, mais qui désormais ne pourra plus être délivrée que par le contrôle technique.

De plus, le contrôle technique avise la Caisse de la délivrance de cette feuille jaune par l'envoi de la carte-lettre jaune qui, précédemment dans ce cas, devait être envoyée par l'assuré à sa Caisse.

3° Soins spéciaux

Dans le cas où le médecin traitant estime qu'il y a lieu pour l'assuré, bénéficiaire de l'assurance sociale, de suivre un traitement spécial (série de piqûres, par exemple), il procède exacte-

ment comme en cas de nécessité d'intervention chirurgicale, il envoie au contrôle technique médical une *carte-lettre jaune* (contrôle technique, modèle n° 2).

Le contrôle médical délivre s'il y a lieu la feuille jaune de soins spéciaux et prévient la Caisse intéressée dans les mêmes conditions que précédemment.

4° Délivrance d'un bandage ou d'un appareil de prothèse

Quand le médecin traitant estime qu'il y a lieu pour l'assuré de porter un bandage, un appareil orthopédique ou de prothèse, il utilisera également la même *carte-lettre jaune* (contrôle technique, modèle n° 2). Le contrôle technique, après examen, décidera s'il y a lieu à la délivrance de l'appareil, il en indiquera l'urgence ou l'utilité et adressera aussitôt son avis à la Caisse qui informera l'assuré de sa décision.

5° Malades dont la santé nécessite un repos à la campagne ou dans un établissement de prévention ou de cure

Dans le cas où le médecin traitant estime qu'il y a lieu d'envoyer un malade dans un établissement de prévention ou de cure ou de lui faire suivre une cure thermale ou une cure de repos à la campagne, il en avise aussitôt le contrôle technique au moyen de l'envoi d'une *carte-lettre mauve* (contrôle technique, modèle n° 3).

Les médecins seront approvisionnés de ces cartes-lettres mauves par les soins de l'Association syndicale des Médecins.

Cet avis, à caractère confidentiel, indique la nature de l'affection et le genre de cure posé.

Pour les malades habitant Nancy, le médecin traitant remettra ce certificat, après l'avoir rempli et fermé, aux malades et ceux-ci se présenteront eux-mêmes, muni de cette carte-lettre, au bureau du contrôle technique, 56 bis, rue des Quatre-Eglises.

Pour les malades n'habitant pas Nancy ou sa banlieue, ce certificat sera adressé en franchise par le médecin traitant au service du contrôle technique.

Sur présentation de ce certificat, le contrôle technique délivrera aux malades une *feuille de visite mauve* (contrôle technique, modèle n° 3 bis), qui portera l'indication de l'organisme contrôleur désigné (dispensaire de l'Office d'Hygiène sociale ou médecin contrôleur).

L'organisme contrôleur désigné remplira la partie inférieure de la feuille de visite en donnant toutes les indications nécessaires sur la nécessité, le caractère, la nature et la durée de la cure qu'il propose, ainsi que sur la région et l'établissement qu'il recommande. Cette feuille mauve sera transmise à sa Caisse par les soins de l'assuré et c'est à cette Caisse qu'il appartiendra de prendre, en pleine connaissance de cause, une décision définitive au sujet de la cure proposée.

Nancy, le 1^{er} juin 1931.

Le Président

*de l'Union des Caisses primaires de répartition
du département de Meurthe-et-Moselle,*

J. LAURENT.

Le Président

*de l'Association syndicale des Médecins
de Meurthe-et-Moselle,*

D^r A. GIRY.

CHAPITRE II

Résultats, budgets

RÉSULTATS DU FONCTIONNEMENT DU CONTRÔLE MÉDICAL TECHNIQUE. — ANNÉE 1932

	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Nombre total de fiches reçues	1.017	750	777	820	757	809	696	657	700	578	595	629	8.785
Fiches rouges n° 1 (plus de huit visites) ..	134	111	116	111	86	77	60	43	50	51	64	71	974
Fiches jaunes n° 2 nombre total	799	619	626	663	624	667	546	511	600	512	508	537	7.212
Demandes de radiographies	154	113	105	126	128	142	137	91	94	98	95	116	1.399
Demandes de soins spéciaux	484	141	153	157	150	126	132	171	143	93	125	127	1.702
Demandes d'interventions chirurgicales	188	138	163	161	166	208	204	128	160	150	180	153	1.999
Demandes de ceintures et bandages	273	227	205	219	180	191	73	121	203	171	168	141	2.172
Fiches mauves n° 3, repos et cures	16	20	35	46	»	65	90	103	50	15	23	21	484
Contrôles effectués au total	»	180	188	176	144	170	249	298	271	271	222	248	2.417
Pour fiches rouges (médecins) 8 visites	»	40	28	20	22	»	75	123	144	»	»	»	452
Pour fiches mauves	»	20	35	46	47	65	95	103	50	15	23	21	520
Contrôles déclenchés par le Syndicat	»	»	»	20	»	26	35	32	38	62	»	»	213
Contrôles déclenchés par les Caisse	288	120	125	90	75	79	44	40	39	25	24	44	993
Contrôles pour fiches sanitaires	»	»	»	»	»	»	»	»	»	169	121	127	417

Ayant vu le rendement réel du contrôle, il est intéressant de connaître les dépenses qu'il a nécessitées : les médecins et les Caisses participent aux frais.

La cotisation annuelle est de cinquante francs pour les médecins syndiqués ; cent francs pour ceux non-syndiqués ; un franc environ par assuré (versé par les Caisses).

Réunion du 26 juillet 1933 (1). — M. le Président de l'Union des Caisses estime que le contrôle qui rend d'énormes services aux Caisses est relativement peu coûteux. Dans d'autres départements, où le contrôle est moins bien organisé, il coûte plus cher aux Caisses.

(1) *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine.*

CHAPITRE III

Sanctions

Les principaux rouages du contrôle étant connus, examinons s'il est effectif, c'est-à-dire s'il est capable de déclencher les sanctions suffisantes et nécessaires, car sans celles-ci la loi pourrait être enfreinte impunément, elle serait *lex imperfecta*.

Tel n'est pas le cas.

Quid leges sine moribus.

Il est regrettable que le conseil de famille ait dû intervenir plusieurs fois.

Reproduisons les sanctions infligées (1) :

Réunions mensuelles entre les représentants de l'Association syndicale des Médecins et des Caisses primaires de répartition.

CONSEIL DE FAMILLE

20 janvier 1932: — M. le Président du Syndicat donne des indications sur son fonctionnement. Il s'est réuni six fois en 1931. Un certain nombre de sanctions ont été prises contre les médecins défaillants. A la dernière réunion, le Conseil a décidé d'infliger un blâme avec communication aux Caisses et une amende de cinq cents francs à un médecin stomatologiste et un blâme avec communication aux Caisses à une sage-femme. M. le Président explique que l'autorité du Conseil de famille a pré-que chaque jour à s'exercer et il lit quelques lettres adressées, à titre d'avertissement, à des médecins qui ne s'étaient pas conformés aux règlements.

Il insiste sur le fait que le Conseil de famille ne se réunit pas.

(1) *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine.*

simplement sur la demande des caisses mais que le Contrôle technique a provoqué souvent déjà son intervention.

24 février 1932. — Médecins habilités à soigner les assurés : M. le Président signale que le Conseil de famille de l'Association syndicale pourrait être amené à frapper certains médecins de la peine de suspension du droit de soigner les assurés sociaux.

Mais si cette sanction vient à être prise, il est indispensable que les Caisses en soient informées et veillent à ce qu'elle soit bien appliquée : c'est-à-dire qu'elles tiennent la main à ne rembourser aucune prestation pour des soins donnés par ces médecins suspendus. M. le Président signale, par ailleurs, qu'il existe dans le département des médecins ne figurant pas sur la liste des médecins ayant capacité d'exercer en Meurthe-et-Moselle qui se dérobent à tous les contrôles, mais qui n'en donnent pas moins des soins aux assurés sociaux. M. le Secrétaire de l'Union des Caisses propose la solution suivante :

L'Union des Caisses demandera à la préfecture la liste des médecins ayant capacité d'exercer en Meurthe-et-Moselle ; sur cette liste seront pointés tous les médecins faisant partie de l'Association syndicale ou ayant adhéré aux conventions, soit expressément, soit par le fait qu'ils ont signé des feuilles de maladie. Il restera un certain nombre de noms et le service départemental des Assurances sociales demandera à ces praticiens si, oui ou non, ils entendent donner des soins aux assurés sociaux et se soumettre au Contrôle médical technique.

Ceux qui auront répondu négativement seront portés sur la liste spéciale des médecins n'ayant pas le droit de donner leurs soins aux assurés sociaux, et c'est sur cette liste spéciale que seront portés les noms des médecins frappés de suspension. Cette liste sera communiquée aux Caisses et tenue à jour, et les Caisses devront veiller à ne rembourser aucune prestation pour les soins donnés par ces médecins.

22 juin 1932. — Désormais, un représentant de l'organisme ayant déposé une plainte contre un praticien, sera convoqué au Conseil de famille, ainsi qu'il est prévu dans le règlement du

Conseil de famille. Il sera à même de fournir de vive voix tous renseignements complémentaires utiles.

27 juillet 1932. — Le Conseil de famille s'est réuni le 9 juillet dernier. Trois médecins et trois sages-femmes avaient été convoqués.

Les sanctions suivantes ont été prononcées:

Le docteur X a reçu un blâme avec communication aux Caisses;

M^{me} X a été frappée de la même sanction;

Les autres médecins et sages-femmes ont été l'objet de décisions qui ne comportent pas communication aux Caisses.

M. le Président recommande une extrême prudence dans la communication des arrêts.

Il ne faut pas faire du Conseil de famille un épouvantail pour les médecins et les employés des Caisses doivent être tenus au secret à l'égard des décisions de cette assemblée.

M. le Président demande qu'à l'avenir les Caisses qui déposeront une plainte au Conseil de famille veuillent bien s'y faire représenter pour soutenir leur plainte.

Séance du 26 octobre. — M. le Président fait remarquer que tant qu'une jurisprudence fixant les droits de publication des décisions du Conseil de famille ne sera pas établie, il paraît préférable de ne pas publier les noms de médecins tant que le délai d'appel de trois mois ne sera pas expiré.

Réunion du 4 janvier 1933. — Contrôle médical technique et décisions de jurisprudence. Plusieurs Caisses ont été appelées par des assurés devant la Commission cantonale, et ont vu avec un certain étonnement que cette Commission n'hésitait pas à trancher des questions d'ordre médical dont le Contrôle technique avait déjà eu à connaître.

M. le Président cite le cas d'un assuré qui prétend continuer à avoir droit aux prestations après six mois de soins en produisant un certificat de son médecin traitant, déclarant qu'il s'agit d'une nouvelle maladie, alors que, sur l'avis du Contrôle technique qui concluait à la continuation de la première maladie, la Caisse:

avait, à juste droit semble-t-il, refusé la continuation des prestations.

La Commission cantonale donnait presque toujours gain de cause aux assurés dans ces procès; M. le Président demande instantanément aux Caisses de soulever l'incompétence des Commissions cantonales dans tous les cas où une question d'ordre médical est à trancher, et de demander le renvoi de l'affaire devant la Commission technique tripartite qui doit être seule compétente et au sein de laquelle la Caisse sera représentée par le médecin du Contrôle médical technique.

Les Caisses qui ont perdu de tels procès devant la Commission cantonale ont intérêt à faire appel pour pouvoir soutenir devant le Tribunal civil le point de vue précédent.

Connaissant alors anatomiquement et physiologiquement le Contrôle médical technique, que faut-il en penser?

Ceci fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV

Inconvénients et avantages du Contrôle technique de Meurthe-et-Moselle

Les principaux griefs des Caisses sont ceux-ci :

« Nous avons perdu notre droit de contrôle en le déléguant au Syndicat médical » ;

« Il y a une liaison insuffisante entre les Caisses et les médecins contrôleurs ; ceux-ci, nommés par leurs collègues, sont trop indulgents pour eux » ;

« Nous participons, pour la plus grande part, aux frais du contrôle ; par suite, les médecins devraient défendre davantage nos intérêts » ;

« L'installation dont dispose le contrôle est insuffisante ».

A ces griefs, nous répondons :

Les Caisses, en effet, n'ont plus elles-mêmes le contrôle médical. Cependant, elles peuvent le déclencher quand elles le veulent.

Lors des réunions mensuelles entre les représentants de l'Association syndicale des Médecins et des Caisses primaires de répartition ayant signé la convention médicale, elles peuvent se faire entendre.

Les médecins contrôleurs sont plus indulgents envers leurs confrères que ne le seraient des médecins de Caisse. Ils se rendent mieux compte des difficultés d'application de la loi. Cependant, n'oublions pas que des médecins sont passés devant le Conseil de famille sans l'intervention directe des Caisses ! En outre, cette indul-

gence est compensée pour les Caisses par l'énorme avantage d'un contrôle facilité grâce aux renseignements fournis par les médecins traitants.

Sans diagnostic porté à leur connaissance, les médecins de Caisses sont obligés quelquefois de juger uniquement sur pièces : d'après les prescriptions médicales, d'après les réponses à un interrogatoire d'un malade lorsque son affection est guérie.

C'est dire combien l'ignorance du diagnostic rend le contrôle difficile, oblige le service médical contrôleur à faire des examens médicaux supplémentaires très coûteux, et reste bien souvent inopérant, parce qu'il est aveugle dans la recherche des abus.

Ayant vu effectuer des contrôles à Nancy, connaissant plusieurs médecins contrôleurs, disons notre certitude qu'ils prennent leurs décisions « selon leur conscience », après examen des dossiers et des malades, sans se préoccuper d'avantager soit les Caisses, soit les malades.

Qui participe aux frais du contrôle? Ceci est une question qui ne doit pas entraver la liberté de décision du Contrôle médical technique, comme nous le démontrerons plus loin.

Actuellement, l'insuffisance des moyens d'investigation rend parfois le contrôle incomplet.

Si l'installation matérielle du contrôle s'améliore, il est certain que celui-ci pourra être plus efficace.

Les plus graves reproches à faire semblent être les suivants :

Manque de fichier avec établissement d'un dossier par malade (cet inconvénient est en voie de disparition, la préparation de ce fichier se fait actuellement) ;

Insuffisance des cas contrôlés, surtout pour les maladies de courte durée.

Si « prévenir vaut mieux que guérir », il est évident aussi que « prévenir vaut mieux que punir ».

Pour empêcher les abus, il faut que ceux-ci deviennent difficilement réalisables, parce que décelés facilement. Le contrôle médical doit répondre à ce but. Il faut ne rien négliger pour l'améliorer et le déclencher fréquemment. Pour conclure, reproduisons une partie du discours de M. le Président du Syndicat des Médecins (1).

Les Assurances sociales en Meurthe-et-Moselle après un an d'expérience.

C'est parce que nous connaissions bien la mentalité de la société française issue de la guerre, que nous avons voulu, dès l'application de la loi, démontrer aux Caisses et aux Administrations intéressées la nécessité et l'efficacité de la collaboration médicale. Nous nous sommes efforcés d'écarter toutes les causes de conflit susceptibles de dresser le Corps médical en ennemi en face des Caisses; nous n'avons pas voulu qu'une fois encore on pût nous accuser de mercantilisme! Nous avons voulu avant tout et surtout réaliser une œuvre viable, utile au point de vue des intérêts professionnels, et qui restera dans notre département la sauvegarde de notre honorabilité et de notre indépendance.

L'avenir dira si nous nous sommes trompés ou bien si la collaboration franche et loyale que nous accordons sans compter aux Caisses a dissipé la méfiance et créé l'atmosphère de confiance qui doit régner entre les Caisses, les assurés et les médecins, pour que la loi donne les résultats bienfaisants que tous en attendaient.

Ce souci de collaboration apparaît déjà dans notre convention Syndicat-Caisse. Afin de supprimer une cause de conflit évidente,

(1) *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 16 décembre 1931.

nous avons établi à l'article 7 un forfait pour le contrôle technique, qui devait toujours rester à la charge de notre Syndicat, même s'il était déclenché inutilement par les Caisses. Les événements ont montré que nous avons eu raison.

La loi a été appliquée en effet à la date du 1^{er} octobre 1930. Il y a, en Meurthe-et-Moselle, quarante-deux Caisses primaires d'assurances sociales groupant environ 180.000 assurés sociaux. A la date du 1^{er} mars 1931, nous avons signé des conventions pour 135.000 assurés, groupés dans dix-huit Caisses primaires. Le bloc des Caisses patronales, transformées en Caisses primaires, par contre restait réfractaire, hostile à toute convention avec le Syndicat et, malgré toute notre bonne volonté, nous sentions bien que les Caisses ayant signé la convention n'étaient pas satisfaites.

Le mécontentement se manifestait par de nombreuses demandes injustifiées de contrôle, par des réclamations incessantes contre le nombre des visites, contre l'abus des prescriptions médicamenteuses, par des protestations contre les tarifs appliqués, par le drainage des malades vers les hôpitaux; nous sentions venir la rupture, et la campagne pour la suppression du libre choix.

Or — l'expérience l'a prouvé — le contrôle technique légal, déclenché par les Caisses, reste presque toujours inopérant parce que déclenché trop tardivement. C'est le médecin traitant seul qui peut déclencher utilement et en temps voulu un contrôle effectif. Ce contrôle, déclenché automatiquement par le médecin traitant, fonctionnait déjà, organisé par nous en Meurthe-et-Moselle pour l'Assistance médicale gratuite: il avait fait ses preuves.

Il fallait l'instituer dans les Assurances sociales; mais il fallait l'assentiment du Corps médical.

Notre assemblée générale du 22 mars 1931, après examen de la situation, adopta les propositions suivantes:

1° Le médecin traitant reste seul juge du nombre de visites à faire à un malade assuré-social;

2° Le médecin traitant a seul qualité pour proposer les interventions chirurgicales;

3° Les feuilles de soins spéciaux, d'intervention, d'appareils et de bandages doivent être délivrées par le contrôle technique.

4° Les médecins traitants devront prévenir le contrôle technique en cas de maladie grave et déclencheront eux-mêmes le contrôle dès qu'une maladie nécessitera plus de huit visites ou consultations consécutives.

Et c'est alors que fut rédigé, en complet accord avec l'Union des Caisses, le règlement actuel (1) qui entra en vigueur à la date du 1^{er} juillet dernier et qui marqua le commencement d'une nouvelle période caractérisée par un seul mot : confiance.

Trois principes fondamentaux ont présidé à l'élaboration du règlement de contrôle médical technique, signé par le président de l'Association syndicale au nom des deux groupements :

1° Il n'y a pas d'organisation de médecine sociale possible sans contrôle ;

2° Il n'y a pas d'organisation de médecine sociale possible sans indication, par le médecin traitant, du diagnostic de l'affection pour laquelle le malade est traité ;

3° Le fait de déclarer le diagnostic d'une affection à un confrère désigné par ses pairs (médecine générale, spécialités) et investi des fonctions de contrôle par le Syndicat, ne constitue pas une violation du secret professionnel.

Nos contrôleurs sont nommés pour un an, les uns par l'assemblée générale, les autres par le groupement des spécialistes qui s'est constitué au sein de notre Association ; c'est dire qu'ils offrent toutes les garanties de compétence, d'impartialité et de discrétion.

Jamais aucune plainte ne s'est élevée contre les décisions des médecins contrôleurs, ni parmi les médecins, ni du côté des Caisses.

L'application de ce règlement mit fin à une période de tension pénible, créée par des incidents en apparence bénins et inévitables. Elle instaura un régime de collaboration confiante dont

(1) Règlement reproduit page 37

tout le monde se félicite aujourd'hui; elle rendra aux médecins la considération qui leur est due et, s'il y eut dans le Corps médical une minorité hostile pour y trouver une violation du secret professionnel, une paperasserie dégradante, une limitation des droits du médecin traitant, la presque unanimité des confrères accueillit favorablement une organisation qui constituait pour le Corps médical la meilleure des sauvegardes contre les exigences des assurés et les suspicions des Caisses.

Voici d'ailleurs résumés les avantages du contrôle en matière d'interventions chirurgicales, de soins spéciaux, de délivrance de bandage ou d'appareils de prothèse.

Jusqu'au 1^{er} juillet dernier, les feuilles jaunes d'interventions chirurgicales, de soins spéciaux, etc., étaient délivrées aux assurés par les Caisses.

Au moment où l'assuré se présentait à la Caisse pour y demander une feuille jaune, il subissait un véritable interrogatoire :

« Nature de l'affection nécessitant l'intervention, sa nécessité, le nom du chirurgien ou spécialiste. On appelait son attention sur le prix de l'intervention; on lui indiquait l'intérêt qu'il avait à se faire opérer à l'hôpital plutôt que dans une clinique privée; on lui indiquait le nom de certains spécialistes moins chers que d'autres, etc... »

La délivrance des feuilles jaunes par les Caisses, c'était le drainage vers les hôpitaux et je crois que tous les confrères sont d'accord à ce sujet.

Ne pas oublier, d'ailleurs, que les Caisses avaient le droit de faire contrôler par leurs médecins (droit dont elles ont usé) la nécessité de l'intervention.

C'est parce que nous avons constaté de nombreux abus que nous avons pensé qu'il fallait supprimer le marchandage, les intermédiaires entre les malades et spécialistes et la possibilité du drainage des malades vers les hôpitaux.

Notre organisation répond à ce triple but. Il n'y a plus d'intermédiaires, plus d'intervention des Caisses. Les malades s'adressent directement au Syndicat pour obtenir les feuilles d'intervention ou de soins spéciaux.

Il n'y a plus de marchandage, plus de pression administrative en faveur de tel ou tel spécialiste.

Les Caisses ne peuvent plus avoir aucune action sur les malades pour les diriger sur les hôpitaux publics.

Il fallait tout de même que nous apportions une garantie réelle aux Caisses qui nous abandonnaient cette chose formidable: *le contrôle des malades*.

Cette garantie que nous avons offerte et qui a été acceptée parce que les Caisses connaissent aujourd'hui la valeur moralisatrice du Syndicat, c'est le *contrôle syndical*.

**

Je vous ai dit ce qu'en pensaient les médecins; voici ce que pensent les Caisses:

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCES SOCIALES

Union Nancéienne
de Sociétés de Secours Mutuels

Nancy, le 14 octobre 1931.

A M. le docteur GIRY, Président de l'Association
syndicale des Médecins de Meurthe-et-
Moselle, à Briey (M.et-M.).

Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu nous demander quelle était l'opinion de nos Caisses au sujet du fonctionnement du contrôle médical technique organisé par l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle et qui fonctionne maintenant depuis quatre mois.

Ce n'est pas après une période aussi courte que l'on peut apprécier tous les avantages de l'organisation réalisée et certainement ce n'est que dans quelques années que l'on apercevra nettement l'intérêt de la collaboration étroite qui a été établie, dès

la mise en application de la loi des Assurances sociales, entre l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle et l'Union des Caisses primaires de répartition du département.

Nous pensons en effet que les archives du contrôle médical technique donneront de précieux renseignements à tous ceux qui se préoccupent d'hygiène sociale et de médecine préventive et qu'ils permettront l'établissement de statistiques extrêmement intéressantes, statistiques qui faisaient défaut jusqu'à présent et dont seule une organisation comme celle que vous avez créée devait permettre l'établissement.

Mais, dès à présent, nous tenons à vous dire que le fonctionnement du contrôle médical technique n'a pas déçu les espérances que nous avions mises en lui lors de sa création.

Le système adopté en Meurthe-et-Moselle (tout en laissant le Syndicat médical d'une part, et les Caisses d'autre part, entièrement libres de faire exécuter dans leur propre sphère tous les contrôles voulus) a permis de réaliser à la fois le contrôle du malade et celui du médecin par l'intermédiaire des médecins contrôleurs spécialement désignés par l'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle.

Nous nous plaisons à reconnaître qu'il a été donné suite à toutes les demandes de contrôle présentées par nos Caisses et que lorsque des abus ont été relevés du côté de certains médecins, ceux-ci ont eu à répondre de leurs actes devant le Conseil de famille de l'Association syndicale.

Dans le domaine de la médecine préventive et dans celui de la lutte contre la tuberculose en particulier, une liaison étroite a pu être établie entre l'Association syndicale, l'Office d'Hygiène sociale et les Caisses. Cette liaison est maintenue d'une façon permanente au sein de la Commission de collaboration pour le développement des moyens de protection de la santé publique et cette Commission aura à se préoccuper successivement de tous les grands problèmes posés au point de vue médical et social par la mise en vigueur de la législation sur les Assurances sociales.

Nous ne nous dissimulons pas que certains perfectionnements

devront être apportés au système actuel de fonctionnement du contrôle médical technique, mais nous croyons aussi que cela ne pourra être réalisé que grâce à une collaboration loyale et confiante entre l'Association syndicale et les Caisses.....

Cette méthode offre une garantie sérieuse aux assurés de Meurthe-et-Moselle, ceux-ci ont les mêmes droits que les autres malades, ils évitent ainsi les abus dus aux médecins contrôleurs, « salariés de la Caisse ».

Qu'on ne nous accuse pas de partialité, un membre influent des Caisses de Meurthe-et-Moselle nous ayant dit en ces propres termes : « Nous payons la plus grande partie des frais du contrôle, les médecins ne s'en souviennent pas suffisamment dans leurs décisions ».

A notre avis, ceci est le plus bel éloge qu'on puisse faire du Contrôle nancéien, il est un « juge impartial » remplissant vraiment son rôle médical dans toute la beauté du terme. Le fonctionnement de ce contrôle évoque en nous la jurisprudence prétorienne, souple, large, humaine.

Il ne faut donc pas méconnaître les résultats du système de Meurthe-et-Moselle. Le principal mérite en revient d'ailleurs au dévouement de M. le docteur GIRY, qui cherche toujours à l'améliorer. Il consacre bénévolement une grande partie de son temps au contrôle médical technique, lequel bénéficie ainsi gracieusement de son intelligente activité.

Mais le fonctionnement de ce contrôle a encore un énorme avantage : celui de permettre de rassembler une documentation statistique importante, qui compose les pages suivantes.

TITRE II

Statistique de 18 mois de Contrôle médical technique

INTRODUCTION

Mode d'établissement des statistiques

Celles-ci ont été établies sur pièces, c'est-à-dire d'après les fiches et renseignements envoyés par les médecins traitants au contrôle médical technique, du 1^{er} août 1931 au 1^{er} janvier 1933.

Rappelons que nous avons eu en mains :

Fiches rouges n° 1 (plus de huit visites pour la même maladie) ;

Fiches jaunes n° 2 comprenant les demandes :

De radiographies ;

De soins spéciaux ;

D'interventions chirurgicales ;

De ceintures et de bandages ;

Fiches mauves n° 3 (demandes de repos et de cures) ;

Fiches sanitaires établies par le médecin contrôleur pour vérifier un dossier d'une maladie de longue durée : six mois de même maladie ; pour contrôler la

guérison d'un malade, ou pour étudier si l'affection fait prévoir une invalidité. Ces fiches, les plus complètes, sont appelées fiches de six mois.

Interprétation de ces statistiques (1)

Souvent le peu de précision de la fiche était embarrassant. En présence d'un cas douteux, d'une affection mal définie, nous n'avons pas cherché à dire ce que la fiche ne contenait pas. Nous l'avons classée dans une rubrique spéciale. Qu'il s'agisse d'un diagnostic certain (cancer, tuberculose, etc.), nous ne l'avons jamais affirmé lorsque la fiche ne le disait pas explicitement.

Mais ces statistiques établies avec des fiches différentes, risquaient d'être erronées, la même maladie ayant pu nécessiter plusieurs demandes.

Nous avons donc mis ensuite toutes les fiches de même nature par lettres alphabétiques et avons comparé les différentes catégories entre elles.

Les colonnes désignées : total rectifié, reproduisent le total des maladies, décompte fait de celles inscrites plusieurs fois pour une même affection..

Classement des statistiques

Dans un article du *Médecin de France*, du 1^{er} juin 1933, M. le Professeur PARISOT et M. le Docteur CIBRIE écrivaient :

(1) Effectuant un travail de statistique, ayant par conséquent un but purement objectif, nous avons essayé d'éviter toute interprétation tendancieuse.

Comment lutter logiquement et efficacement contre des maladies dont nous ne connaissons exactement ni l'importance (au point de vue de la morbidité et de la mortalité qu'elles entraînent), ni la localisation (en ce qui concerne leur répartition géographique)...

Il importe ainsi d'obtenir des *statistiques* aussi complètes et aussi *exactes* que possible, non pas seulement générales pour la France entière, mais également concernant les diverses cellules constitutives du pays, départements, arrondissements et cantons. On nous objectera qu'elles existent; nous savons bien qu'en réalité, en dehors de celles qui concernent la mortalité générale, elles ont une valeur presque nulle, aussi bien parce qu'utilisant des renseignements incomplets et inexacts, que par la façon dont elles sont établies...

Puis, M. le Professeur PARISOT et M. le Docteur CIBRIE ont établi les modalités d'organisation d'un tel service:

1° Etablissement par la Confédération d'un « type » de feuille statistique comportant l'indication des maladies principales sur lesquelles porte l'enquête.

Ainsi, le *Médecin de France*, novembre 1933, publie le modèle de fiches pour la statistique générale des causes de morbidité et de décès.

Il est logique, croyons-nous, d'utiliser ce classement qui sera sans doute celui de l'avenir.

Nous avons donc établi le classement général des maladies selon les deux modèles: morbidité et mortalité.

Puis, dans des tableaux séparés ayant les numéros et les titres de la classification du deuxième groupe, nous avons développé les statistiques.

Les quelques tableaux suivants ont été établis soit en

fonction de l'importance sociale de la maladie (tuberculose), soit en fonction des prestations demandées.

Le contrôle médical technique s'est effectué sur une moyenne de 180.000 assurés, dans ce nombre ne sont pas compris leurs conjoints et leurs enfants.

	1 ^{er} s.	2 ^e s.	3 ^e s.	Total	1 ^{er} s.	2 ^e s.	3 ^e s.	Total	Hommes 6 mois	Cure	Total	Total rectifié
Maladies évitables												
Fièvres typhoïde et paratyphoïde.	12	7	9	28	5	2	12	19	8	2	57	56
Diphthérie.....	9	9	9	27	2	»	»	2	3	2	34	34
Paludisme.....	»	1	2	3	1	»	»	1	1	2	7	7
Total maladies évitables	21	17	20	58	8	2	12	22	12	6	98	97
Autres maladies épidémiques												
Scarlatine.....	3	3	4	10	»	1	1	2	4	4	20	20
Rougeole.....	1	1	»	2	»	»	»	»	12	»	14	14
Coqueluche.....	2	9	8	19	1	2	»	3	13	20	55	54
Total autres maladies épidémiques.	6	13	12	31	1	3	1	5	29	24	89	88
Maladies « sociales »												
Cancer	12	12	11	35	45	41	31	117	29	1	182	176
Tuberculose { pulmonaire.....	132	47	73	252	97	170	101	368	280	429	1.329	1.253
{ osseuse.....	6	7	5	18	23	60	34	117	29	31	195	186
{ viscérale.....	15	11	13	39	35	42	29	106	37	15	197	187
Syphilis { méningée.....	4	2	3	9	4	6	2	12	2	»	23	23
Blenorrhagie.....	25	28	23	76	82	61	56	199	72	»	347	330
Avortement.....	6	8	9	23	58	74	56	188	11	»	222	218
Salpingite.....	17	5	3	10	32	36	41	109	22	»	141	141
Total maladies « sociales ».....	219	128	150	497	410	532	384	1.326	521	476	2.820	2.694
Maladies de l'appareil respiratoire	271	178	228	677	234	404	286	924	897	1.093	3.591	3.491
— de l'appareil digestif....	34	35	48	117	800	1.156	871	2.827	387	55	3.886	3.864
— de l'appareil circulatoire .	62	62	65	189	192	249	252	793	193	25	1.200	1.187
du système nerveux.....	31	33	48	112	77	88	81	246	130	45	503	489
de l'appareil osseux.....	16	14	17	47	203	260	275	738	98	31	914	907
de l'appareil génito-uri-												
naire.....	60	47	51	158	228	274	236	738	259	25	1.180	1.166
— des organes des sens... .	68	54	57	179	492	638	548	1.678	196	2	2.055	2.047
De la grossesse (accouchement, état puerpéral).....	21	17	15	53	53	65	78	196	25	5*	279	278
Total des maladies des appareils cités ci-dessus.....	563	440	529	1.532	2.279	3.234	2.627	8.140	2.185	1.251	13.108	12.929
Maladies de la nutrition.....	61	43	46	150	38	40	21	99	182	18	449	438
Maladies non classées.....	21	30	16	67	250	255	232	737	4	39	847	846
Total des maladies avec décompte de celles comptées plusieurs fois.	880	653	756	2.289	2.973	4.051	3.270	10.294	2.903	1.792	17.278	16.960

VIII. — MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Bronchite	26	29	24	76	44	22	19	52	151	4	283	282
Pneumonie	25	27	25	77	4	3	3	10	12	17	116	116
Autres maladies de l'appareil respiratoire, excepté tuberculeuse .	88	75	109	272	122	209	163	494	454	643	1,863	1,840

IX. — MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Diarrhée et entérite	8	9	13	30	2	3	»	5	»	11	46	43
Appendicite	6	7	10	23	123	174	162	459	47	»	529	522
Maladies du foie et des voies biliaires	7	7	6	20	22	42	16	80	77	19	196	194
Autres maladies de l'appareil digestif	13	12	19	44	653	937	693	2,283	263	25	2,615	2,605

X. — MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE ET DE L'APPAREIL GÉNITAL

Néphrites	8	4	4	16	13	16	11	40	23	4	83	83
Autres maladies de l'appareil urinaire et de l'appareil génital .	52	43	47	142	215	258	225	698	236	21	1,097	1,083

XI. — MALADIES DE LA GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, ÉTAT PUERPÉRAL

Septicémie et infections puerpérales	3	3	2	8	»	2	1	3	»	»	11	11
Autres maladies de la grossesse, de l'accouchement, de l'état puerpéral	18	14	13	45	53	63	77	193	25	5	268	267

XII, XIII. — MALADIES DE LA PEAU, DU TISSU CELLULAIRE, DES OS, DES ORGANES DE LA LOCOMOTION

Maladies de la peau, du tissu cellulaire des os, des organes de la locomotion	19	43	45	137	280	329	337	946	166	38	1,287	1,270
---	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	-------	-------

XVIII. — MALADIES NON SPÉCIFIÉES OU MAL DÉFINIES

24	30	16	67	250	255	232	737	4	39	847	846
----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	---	----	-----	-----

I. — MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES
(1^{er} juillet 1934-1^{er} janvier 1935)

	Minimum 8 visites			Soins spéciaux			Fiches 6 mois	Cure	Total	Total rectifié	
	1 ^{er} s.	2 ^e s.	3 ^e s.	Total	1 ^{er} s.	2 ^e s.					3 ^e s.
Fièvres typhoïde et paratyphoïde	12	7	9	28	5	2	12	19	2	57	56
Sérodiagnostic hémoculture	»	»	»	»	13	4	18	35	»	35	35
Rougeole	1	1	»	2	»	»	»	»	»	14	14
Scarlatine	3	3	4	10	»	1	1	2	4	20	20
Coqueluche	2	9	8	19	1	2	»	3	20	55	54
Diphtérie	9	9	9	27	2	»	»	2	2	34	34
Prélèvement	»	»	»	»	12	40	42	94	»	94	94
Grippe ou influenza	8	6	18	32	1	2	1	4	12	129	127
Tuberculose de l'appareil respira- toire	132	47	73	252	97	170	101	368	429	1.329	1.252
Tuberculose douteuse	39	23	38	100	82	146	112	340	586	1.316	1.302
Toutes autres tuberculoses	25	20	21	66	62	108	65	235	46	415	396
Syphilis	25	28	23	76	82	61	56	199	»	347	330
Paludisme	»	1	2	3	1	»	»	1	2	7	7
Septicémie	2	1	»	3	»	»	1	1	»	4	4
Fièvre onduante (analyse)	»	»	»	»	»	5	»	5	»	5	5
Rage	»	»	1	1	1	»	»	1	»	2	2
Tétanos	»	1	1	1	1	2	»	3	»	4	4
Trachome	»	1	3	4	»	»	2	2	»	6	6
Blennorrhagie	6	8	9	23	58	74	56	188	»	222	218
Avortement	2	5	3	10	32	36	41	109	»	141	140
Total	412	150	160	722	507	701	401	1.609	1.014	4.014	3.861

Estomac.....	2	2	2	6	14	14	10	35	10	»	51	50
Intestin.....	1	2	2	5	2	2	1	5	2	»	12	11
Foie vésicule.....	1	»	»	1	1	1	»	1	»	»	2	2
Larynx.....	»	»	»	1	1	1	2	4	2	»	7	6
Système nerveux.....	1	»	»	1	1	1	1	3	»	»	5	5
Appareil osseux.....	1	»	»	1	1	3	6	9	»	»	10	10
génito-urinaire masculin	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
fémnin.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sein.....	4	3	2	9	6	8	11	25	5	»	15	15
Divers.....	1	2	1	4	5	7	4	16	2	»	39	39
Total.....	1	2	1	4	5	5	»	5	5	1	15	14
Biopsie.....	12	12	11	35	45	41	31	117	29	1	182	176
».....	»	»	»	»	6	11	5	22	»	»	22	22

III, IV, V. — MALADIES RHUMATISMALES, DE LA NUTRITION, DES GLANDES ENDOCRINES, AUTRES MALADIES GÉNÉ-
RALES, MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES, EMPOISONNEMENTS CHRONIQUES, INTOXI-
CATIONS (1^{er} juillet 1931-1^{er} janvier 1933)

Rhumatisme chronique et goutte.....	10	10	13	33	9	3	2	14	8	2	57	56
Rhumatisme subaigu.....	7	4	3	14	2	5	»	7	6	»	27	25
Rhumatisme articulaire aigu.....	14	6	7	27	1	1	»	2	17	6	52	51
Rhumatisme sans autre indication.....	3	8	5	16	9	4	2	15	72	2	105	103
Total maladies rhumatismales.....	34	28	28	90	21	13	4	38	103	10	241	235
Diabète sucré.....	9	3	7	19	8	7	3	18	14	2	53	51
Alcoolisme chronique ou aigu.....	»	»	»	»	»	»	»	»	13	»	13	13
Maladies de Basedow.....	»	1	1	2	4	5	5	14	12	»	28	28
Insuffisance ovarienne.....	8	4	5	17	3	5	5	13	27	»	57	56
Maladies des glandes endocrines, divers.....	7	6	4	17	2	9	5	16	31	5	69	69
Total maladies endocriniennes.....	15	11	10	36	9	19	15	43	70	5	154	151
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques.....	2	2	2	6	4	6	4	14	5	»	25	25
Empoisonnements chroniques.....	1	»	»	1	»	»	»	»	2	1	4	4

VI. — MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

	Minimum 8 visites			Soins spéciaux			Fiches 6 mois	Cure	Total	Total rectifié
	1 ^{er} s.	2 ^e s.	3 ^e s.	Total	1 ^{er} s.	2 ^e s.	3 ^e s.			
Ataxie locomotrice progressive ..	1	3	2	6	»	»	»	7	»	13
Paralysie générale	1	1	1	3	2	»	»	2	»	7
Autres maladies d'origine syphilitique.....	2	1	1	4	12	8	10	30	»	39
Internement	»	2	1	3	5	10	7	22	»	38
Psychasténie.....	»	3	1	4	3	7	5	15	»	43
Epilepsie	1	1	3	5	2	4	4	10	9	42
Basedow	»	1	1	2	4	5	5	14	2	24
Hémorragie, embolie ou thrombose cérébrale	7	4	8	19	»	»	»	1	»	28
Névralgie	1	1	»	2	3	2	2	7	1	26
Polynévrite	1	»	1	2	»	»	»	2	»	20
Sciatique	10	9	12	31	16	8	8	32	1	5
Total méningites, dont :	4	4	7	15	9	10	12	31	2	86
Méningite tuberculeuse	4	2	3	9	4	6	2	12	7	51
— cérébro-spinale	»	»	2	2	»	»	1	1	»	23
Cancers du système nerveux....	1	»	1	2	1	1	1	3	»	3
Autres maladies du système nerveux.....	2	3	9	14	17	23	23	63	»	100
Ponctions lombaires	»	»	»	»	3	10	3	16	»	16
Total	31	33	48	112	77	88	81	246	15	503

VI bis. — MALADIES DES ORGANES DES SENS

										Optalmologie	
										Soins médicaux divers	
										Interventions.....	
										Chalazions.....	
										Optalmologie total.....	
7	5	7	19	25	48	44	117	47	»	183	179
»	»	»	»	19	29	11	59	6	»	74	74
»	»	»	»	14	13	11	38	»	»	38	38
7	5	7	19	58	90	66	214	53	»	286	282

Sinusites interventions	1	2	1	4	11	27	41	49	55	212	212
Mastoidites	»	»	»	»	2	3	7	12	3	58	58
Interventions diverses	43	9	8	30	46	38	49	133	3	15	14
Soins médicaux divers	5	4	6	15	7	44	9	30	»	163	163
Oto-Rhino-Laryngologie Total	28	20	22	70	357	479	420	1256	75	59	59
									2	1.403	1.402

VII. — MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Insuffisance cardiaque	1	2	2	5	2	1	1	4	12	21	20
Lésion cardiaque (non définie) ..	4	4	3	11	»	»	»	»	1	12	12
Rétrécissement mitral	2	3	1	6	»	2	»	2	2	10	10
Maladie mitrale	1	2	2	5	»	»	»	»	6	11	11
Insuffisance aortique	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1
Aortite	2	1	2	5	1	»	3	4	10	19	19
Lésion rhumatismale	6	11	6	23	»	»	1	1	12	36	35
Cardiorénaux	2	4	3	9	1	»	1	2	6	17	17
Divers	3	4	4	11	»	5	3	8	32	68	67
Radiographies	»	»	»	»	3	2	1	6	»	6	6
Electrocardiogrammes	»	»	»	»	3	2	»	5	»	5	5
Total maladies du cœur	21	31	23	75	10	12	10	32	82	206	203
Hypertension	5	4	7	16	»	»	»	»	29	47	43
Hémorragie ou thrombose cérébrale	7	4	8	19	»	»	»	1	5	2	2
Arterite	»	1	1	2	»	2	»	2	1	26	25
Phlébite	9	12	11	32	1	2	2	5	5	9	9
Hémorroïdes	»	»	»	»	10	13	7	30	18	55	51
Varices	19	8	13	40	167	317	229	713	14	44	44
Traitements syphilitiques en plus.	1	2	2	5	4	3	3	10	31	789	788
Total autres maladies de l'appareil circulatoire	41	31	42	114	182	337	242	761	7	92	92
Total des maladies de l'appareil circulatoire	62	62	65	189	192	349	252	793	111	994	984
									25	1.200	1.187

VIII. — MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, EXCEPTÉ TUBERCULOSE

	Minimum 8 visites				Soins spéciaux			Fiches 6 mois	Cure	Total	Total rectifié
	1 ^{er} s.	2 ^e s.	3 ^e s.	Total	1 ^{er} s.	2 ^e s.	3 ^e s.				
Bronchite aiguë	9	22	13	44	3	4	5	12	88	4	148
Pneumonie	25	27	25	77	4	3	3	10	12	47	116
Emphysème	4	5	2	11	3	4	4	11	22	»	44
Asthme	3	2	3	8	1	4	2	7	16	»	36
Bronchopneumonie	34	22	35	88	2	1	1	4	9	3	104
Pleurésie purulente abcès pulmon.	2	1	»	3	5	7	3	15	4	2	24
Pleurésie gangréneuse	2	»	1	3	1	1	2	4	4	»	11
Divers	4	3	2	9	20	20	10	50	20	8	84
Total	80	82	81	243	39	44	30	113	175	39	563
Grippe	8	6	18	32	1	2	1	4	81	12	129
Diphthérie	9	9	9	27	2	»	»	2	3	2	34
Angine	1	2	1	4	12	40	42	94	55	5	158
Coqueluche	2	9	8	19	1	2	»	3	13	20	55
Total	20	26	36	82	16	44	43	103	152	39	376
Tuberculose douteuse											
Adénopathie trachéo-bronchite ...	1	2	2	5	7	5	6	18	13	15	49
Bronchite chronique	17	7	8	32	8	18	14	40	63	»	135
Congestion pulmonaire	3	5	8	16	11	26	18	55	11	35	116
Corticopleurite	3	3	2	8	10	19	7	36	6	42	90
Pleurésie	15	2	18	35	13	10	10	33	11	24	101
Pleurite	»	»	»	»	11	12	12	35	47	75	157
Pré B K	»	»	»	»	»	21	14	35	119	280	434
Divers	»	»	»	4	22	35	41	88	20	115	224

dical	4	4	9	17	90	52	82	224	30	»	271	268
Intervention	2	1	2	5	5	9	9	23	7	»	35	35
Cancer à l'estomac	2	1	2	6	44	41	40	35	40	»	51	50
Dyspepsie	»	»	»	»	25	54	38	117	71	»	188	186
Maladies de l'estomac autres ou non classées	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Radiographies de l'estomac	»	»	»	»	24	65	40	129	31	21	181	181
Ptose	»	»	»	»	476	266	221	663	»	»	663	663
Diarrhée et entérite	8	9	13	30	386	609	387	1.382	23	»	1.405	1.405
Appendicite, traitement médical	6	7	10	23	2	3	»	5	»	11	46	43
Intervention à froid	»	»	»	»	88	118	115	321	14	»	37	34
Intervention d'urgence	»	»	»	»	35	56	47	138	33	»	354	352
Cancer de l'intestin	1	2	2	5	2	2	1	5	»	»	138	136
Obstruction intestinale et laparotomie	1	»	»	1	15	6	9	30	3	»	12	11
Tuberculose de l'intestin	1	1	2	3	2	5	5	12	10	4	34	34
Périviscéríte	2	1	2	5	8	6	6	20	7	»	29	27
Autres maladies du tube digestif	»	»	»	2	64	100	88	252	53	»	32	32
Radiographies de l'intestin	»	»	»	»	23	61	52	136	»	»	307	306
Radiographies du tube digestif	»	»	»	»	38	39	33	110	»	»	136	136
Cirrhose du foie	5	3	4	12	2	3	2	110	»	»	110	110
Cholécystite	2	3	2	7	12	22	8	7	9	»	28	27
Cancers du foie ou des voies biliaires	»	1	»	1	»	1	»	42	26	»	75	75
Autres maladies du foie	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	2	2
Radiographies du foie ou des voies biliaires	»	»	»	»	»	1	2	3	42	19	64	63
Hémorroïdes	»	»	»	»	8	15	4	27	»	»	27	27
Fistule anale	»	»	»	»	10	13	7	30	14	»	44	44
Maladies de l'appareil digestif	»	»	»	»	8	4	9	21	6	»	27	27
Total	34	35	48	117	800	1.156	871	2.827	387	55	3.386	3.364

X. — MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE ET DE L'APPAREIL GÉNITAL

	Minimum 8 visites				Soins spéciaux			Fiches 6 mois	Cure	Total	Total rectifié
	1 ^{er} s.	2 ^e s.	3 ^e s.	Total	1 ^{er} s.	2 ^e s.	3 ^e s.				
Néphrites	8	4	4	16	13	16	11	40	23	4	83
Pyérites	4	2	5	11	5	10	7	22	5	»	35
Radiographies du rein	»	»	»	»	11	5	10	26	»	»	26
Tuberculose de l'appareil génito urinaire.....	2	2	2	6	8	9	5	22	9	4	39
Cancer de l'appareil génito-uri- naire, sauf de l'utérus).....	»	1	1	2	7	3	2	12	1	»	15
Maladies autres ou non classées de cet appareil	1	3	2	6	11	10	15	36	33	»	75
Total des maladies ci-dessus	15	12	14	41	55	53	50	158	71	8	278
Maladies du sexe masculin											
Phimosi.....	»	»	»	»	7	13	9	29	»	»	29
Maladie de la prostate	»	»	»	»	»	3	2	5	2	»	7
Bleinnoragie.....	6	8	9	23	58	74	56	188	41	»	218
Maladies du sexe masculin, total..	6	8	9	23	65	90	67	222	43	»	254
Maladies du sexe féminin											
Métrite, traitement médical	3	3	4	10	6	11	7	24	56	6	85
—, intervention	»	»	»	»	5	3	4	12	»	»	12
Salpingite traitement médical ...	17	8	10	35	21	33	17	71	27	2	135
—, intervention	12	»	»	»	13	9	17	39	9	»	48
Dysménorrhée	12	6	7	25	6	9	9	24	51	5	105
Ménorragie radiothérapie.....	2	4	3	9	6	6	6	18	»	»	27
Fibrome	1	1	1	3	21	27	9	67	10	3	83
Cancer de l'utérus	4	3	2	9	6	8	11	25	5	»	39
Hystérectomie sans diagnostic ..	»	»	»	»	11	16	16	43	7	1	51
Kyste de l'ovaire.....	»	»	»	»	7	7	12	26	4	»	20

tratement symptomatique pendant

la grossesse.....	3	2	4	9	3	7	6	16	3	»	28	28
Grossesse extra-utérine	1	»	»	1	3	4	4	11	»	»	12	12
Avortements.....	2	5	3	10	32	36	41	109	22	»	141	140
Autres grossesses pathologiques..	12	6	6	24	7	6	10	23	»	5	52	52
Interventions pendant l'accouchement	»	1	»	1	8	»	16	34	»	»	35	35
Total	21	17	15	53	53	65	78	196	25	5	279	278

XII, XIII. — MALADIES DE LA PEAU, DU TISSU CELLULAIRE, DES OS, DES ORGANES DE LA LOCOMOTION

Maladies de la peau, du tissu cellulaire

Syphilis	1	3	1	5	10	7	3	20	»	»	25	25
Eczéma	10	8	7	25	35	13	16	64	23	»	112	112
Furunculose	13	5	6	24	8	6	6	20	22	2	68	66
Varices	19	8	13	40	167	317	229	713	31	5	789	788
Divers	9	13	14	36	24	43	37	104	23	»	163	162
Total non compris varices	33	29	28	90	77	69	62	208	68	2	368	363

Maladies des os

Tuberculose	6	7	5	18	23	60	34	117	29	31	195	189
Tuberculose douteuse	»	»	»	»	7	6	3	16	»	»	16	16
Ostéite	»	»	2	2	5	7	4	16	4	»	22	22
Ostéomyélite	»	»	»	»	10	6	5	21	2	»	23	23
Rachitisme.....	3	1	2	6	26	15	17	58	12	2	78	77
Maladie congénitale	»	»	»	»	6	8	5	19	5	»	24	24
Luxation	»	»	»	»	8	13	6	27	7	1	35	35
Fracture	»	»	2	2	81	105	107	293	6	1	302	302
Divers	7	6	6	19	10	12	19	41	33	1	94	91
Radiographie	»	»	»	»	101	135	142	378	»	»	378	378
Total maladies des os.....	16	14	17	47	203	260	275	738	98	36	919	907

XVIII. — MALADIES NON SPÉCIFIÉES OU MAL DÉFINIES

21	30	16	67	320	195	192	707	4	39	817	806
----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	---	----	-----	-----

TUBERCULOSE

Minimum 8 visites

Soins spéciaux

	Minimum 8 visites			Soins spéciaux			Fiches 6 mois	Cure	Total	Total rectifié
	1er s.	2 ^e s.	3 ^e s.	Total	1er s.	2 ^e s.	3 ^e s.			
Tuberculose pulmonaire, total dont	132	47	73	252	97	170	101	—	1.329	1.253
Soins tuberculose pulmonaire...	132	47	73	252	43	28	49	280	429	1.021
Radiographie	»	»	»	»	59	102	60	280	»	945
Pneumothorax	»	»	»	»	18	16	12	»	»	221
Tuberculose douteuse pulmonaire,										
total	39	23	38	100	82	146	112	290	586	46
Tuberculose osseuse, total dont...	6	7	5	18	23	60	34	29	31	1.316
Soins tuberculose osseuse	6	7	5	18	42	29	16	29	31	1.302
Radiographie	»	»	»	»	41	34	18	»	31	186
Tuberculose osseuse douteuse, total	»	»	»	»	»	»	»	»	»	126
Tuberculose viscérale, total dont...	15	41	43	39	7	6	3	»	»	60
Tuberculose génito urinaire	2	2	2	6	35	42	29	37	15	16
Adénite	8	7	6	21	8	9	5	9	4	16
Tuberculose digestive	4	»	2	3	6	16	6	41	4	197
Autres viscères	4	2	3	9	2	5	5	41	6	39
Tuberculose méningée	4	2	3	9	49	12	43	10	4	66
Tuberculose confirmée, total	153	65	91	309	4	6	2	7	1	29
					155	272	164	2	»	61
								346	475	23
									1.721	1.626

SYPHILIS

Appareil respiratoire	»	»	1	1	»	»	»	»	1	1
— digestif	»	1	1	2	3	2	3	2	»	10
— circulatoire	1	2	2	5	4	3	3	7	»	22
Système nerveux	4	5	4	13	44	8	40	14	»	57
Peau	4	3	1	5	10	7	3	»	»	25
Yeux	2	1	1	4	7	8	5	1	»	25
Oreilles	»	»	»	»	3	5	5	»	»	13

Ulcère à l'estomac	2	2	2	2	40	47	56	143	2	145	145
Appendicite à froid	»	1	»	»	5	9	9	28	7	35	35
— à chaud	»	»	»	»	88	418	415	321	33	354	352
Obstruction intestinale	1	»	»	»	35	56	47	138	»	138	136
Mérite	»	»	»	1	15	6	9	30	3	34	34
Salpingite	»	»	»	»	5	3	4	12	»	12	12
Fibrome	»	»	»	»	13	9	47	39	9	48	48
Hystérectomie sans diagnostic...	»	»	»	»	44	18	12	41	4	45	45
Interventions pendant l'accouchement	»	»	»	»	11	16	16	43	7	51	51
Fractures	»	1	»	1	8	10	16	34	»	35	35
Hernies	»	»	2	2	81	105	107	293	6	302	302
	»	»	»	»	47	42	49	138	14	152	151

RADIOGRAPHIES

Trimestres	1	2	3	4	5	6	Total
Tuberculose	16	43	49	53	25	35	221
Tuberculose douteuse ...	24	39	64	61	66	41	295
Os.....	51	50	67	68	66	76	378
Divers	17	19	—	12	4	2	54
Voies urinaires.....	8	3	3	2	8	2	26
Cœur	»	3	1	1	1	»	6
Intestin	8	15	28	33	27	25	136
Estomac	80	96	121	145	105	116	663
Tube digestif.....	27	11	21	18	12	21	110
Vésicule	2	6	8	7	4	»	27
Total	233	285	362	400	318	318	1.916

CEINTURES ET BANDAGES

Trimestres	1	2	3	4	5	6	Total
Ceintures pour femmes en ceintes	33	48	52	46	49	47	275
Ceintures pour ptoses....	147	184	266	225	165	153	1.140
Ceintures pour opérations.	48	79	102	85	92	86	492
Divers	10	15	10	8	14	7	64
Total	238	326	430	364	320	293	1.971
Bandages hernies ombilicales	15	16	16	14	20	18	99
Bandages hernies doubles.	51	38	37	60	41	39	266
Bandages hernies simples.	70	81	103	84	75	72	485
Total	136	135	156	158	136	129	850
Bas varices	52	62	88	71	65	74	412
Total	426	523	674	593	521	496	3.233

Note. — 24 février 1932. En principe, à l'heure actuelle le contrôle technique appose la mention : première urgence, dans les cas d'événement, suite d'opération ou hernie; deuxième urgence : lorsqu'il s'agit de ptose des organes abdominaux ou de grossesses répétées; enfin utilité, dans tous les autres cas.

La délivrance de tous ces articles n'est faite que sur avis favorable du contrôle médical technique et après décision de la Caisse. Elle est effectuée par le fournisseur choisi par l'assuré, sur la liste des fournisseurs agréés par la Caisse.

TROISIÈME PARTIE

Quelques réflexions sur le fonctionnement des Assurances sociales en Meurthe-et-Moselle

Ces statistiques pourront servir à un important travail d'hygiène sociale. N'insistons pas, ce n'est point l'objet de notre étude. Enregistrons ici cette importante morbidité, qu'il sera sans doute possible par la suite de voir diminuer grâce au jeu de la loi des Assurances sociales.

Elle a un double rôle à remplir : *guérison et prévention*. Voyons comment elle s'en acquitte en Meurthe-et-Moselle.

TITRE I

Assurance-Maternité

Les caisses de ce département ont utilisé la loi dans un sens très large pour l'Assurance-Maternité en prenant plusieurs initiatives heureuses ; malheureusement tempérées par quelques interprétations restrictives.

CHAPITRE PREMIER

Protection de la mère et de l'enfant

Suivant la convention tripartite (1), l'organisation médicale de l'Assurance-Maternité est confiée à une section spéciale de l'Office d'Hygiène sociale.

Cette section est divisée en deux :

1° Une section de protection maternelle ayant pour directeur technique M. le Professeur FRUHINSHOLTZ;

2° Une section de protection infantile ayant pour directeur technique M. le Professeur CAUSSADE.

Le service de surveillance est assuré par les centres d'Hygiène sociale appartenant à l'Office dans le département, et par des consultations de nourrissons.

Le service social est assuré par les infirmières d'hygiène sociale, diplômées d'Etat.

SECTION I

Consultations prénatales

Aux avantages légaux, les Caisses primaires ont ajouté les avantages suivants :

Les personnes ayant fait leur déclaration de grossesse dans le cours du quatrième mois de la grossesse et ayant régulièrement suivi des consultations prénatales bénéficient de plein droit d'une prime de 50 francs.

L'Union des Caisses primaires de répartition du Dé-

(1) Voir page 15.

partement de Meurthe-et-Moselle distribue un carnet de maternité.

Celui-ci renferme : Droits et obligations des bénéficiaires de l'Assurance-Maternité.

Parmi les formalités à remplir par les bénéficiaires de l'assurance, nous extrayons :

1° Tout bénéficiaire de l'assurance-maternité doit faire établir et doit adresser à sa Caisse un certificat de grossesse dès qu'elle s'aperçoit qu'elle est enceinte et en tout cas avant le quatrième mois de sa grossesse, sous peine de perdre ses droits à une partie des prestations;

2° Pour conserver ses droits aux prestations, la bénéficiaire de l'assurance doit suivre les consultations prénatales spécialement établies dans son intérêt par les Caisses d'Assurances sociales. Pour ces consultations prénatales, l'assurée bénéficie du libre choix. Ces consultations peuvent être passées soit auprès d'un médecin, soit auprès d'une sage-femme, soit dans un des organismes spécialisés de l'Office d'Hygiène sociale. Le premier examen prénatal doit avoir lieu avant le quatrième mois de la grossesse. Le deuxième examen prénatal doit avoir lieu dans le septième mois de la grossesse et il doit obligatoirement être pratiqué par un docteur en médecine. Le troisième examen prénatal doit avoir lieu au cours du neuvième mois de la grossesse.

La bénéficiaire de l'assurance n'a absolument rien à payer pour ces consultations qui sont entièrement gratuites en ce qui la concerne.

Ce carnet contient en outre :

Conseils aux futures mères, par M. le Professeur FRUHINSOLZ.

Puis, les feuilles pour les consultations prénatales à envoyer au service de consultations prénatales de l'Office d'Hygiène sociale;

Le certificat de cessation de travail à adresser à la Caisse;

Le certificat d'accouchement à envoyer à la Caisse, indiquant si l'accouchée est ou non en état d'allaiter.

SECTION II

Consultations de nourrissons et bons de lait. — Formalités à remplir par les bénéficiaires de l'assurance (1).

Les personnes personnellement assurées reçoivent, aussitôt après leur accouchement, un carnet de consultations de nourrissons qui leur permettra de bénéficier des primes d'allaitement et bons de lait. Se conformer aux indications portées sur ce carnet.

Bons de lait

M. le Professeur CAUSSADE, ayant remarqué la mauvaise répartition des bons de lait, nous a demandé d'établir le tableau suivant:

(1) Carnet de maternité.

PRIX DE REVIENT DE L'ALLAITEMENT MIXTE (sein et lait Nestlé), 1 boîte de 5 francs régénère 1 litre de lait normal

	1 ^{er} mois	2 ^e mois	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e et 9 ^e m.
Allaitement mixte, quantité par jour..	0 l. 540	0 l. 600	0 l. 660	0 l. 720	0 l. 780	0 l. 825	0 l. 870	0 l. 945
Quantité de lait au biberon par jour ..	0 l. 360	0 l. 400	0 l. 440	0 l. 480	0 l. 520	0 l. 550	0 l. 580	0 l. 610
Proportion de lait	$\frac{1}{4}$	$\frac{2}{4}$	$\frac{2}{4}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$	lait	lait	lait
et eau dans le biberon	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$			
Quantité de lait Nestlé normal par mois	5 l. 4	8 l. 1	8 l. 8	11 l. 1	12 l.	16 l. 5	17 l. 4	18 l. 3
Nombre de boîtes utilisées (environ) ..	5	mn. 7	8	mn. 10	11	15	16	mn 16 1/2
Revient mensuel du lait Nestlé	24 55	36 35	40 »	50 45	54 55	75 »	79 10	83 20
Primes d'allaitement	150 »	150 »	150 »	150 »	100 »	100 »	50 »	50 »
Maximum des primes en argent, pour bons de lait	400 »	100 »	100 »	100 »	66 »	66 »	33 »	33 »

DIFFÉRENCE AVEC LA PRIME

+ 75 45	+ 63 65	+ 60 »	+ 49 55	+ 11 55	— 9 »	— 46 10	— 50 20
---------	---------	--------	---------	---------	-------	---------	---------

Conclusion. — Prime mal répartie, non proportionnelle aux besoins.

Indiquons cette circulaire du 10 janvier 1931 :

Des difficultés se sont élevées au sujet de l'application du paragraphe 5 de l'article 9 de la loi du 30 avril 1930, relatif à l'attribution des bons de lait.

Il est ainsi conçu :

« L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement son enfant peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bons de lait dont la valeur n'excèdera, dans aucun cas, les deux tiers de la prime d'allaitement. »

Il n'est pas douteux que ce paragraphe a été introduit dans la loi pour favoriser les soins directs de la mère à l'enfant, et tout spécialement l'allaitement mixte.

Mais il est clair aussi qu'on peut le rendre facilement incompréhensible, et même odieux aux intéressées en lui donnant une application trop littérale, en exigeant, par exemple, que le médecin fournisse l'attestation que la mère nourrit partiellement son enfant. Outre qu'il est trop facile d'ironiser sur le coefficient d'allaitement partiel nécessaire et sur la signification tout à fait momentanée du certificat d'allaitement partiel, on ne fera jamais comprendre à une assurée qu'elle doit être pénalisée parce que, tout en ayant la volonté de se consacrer de toutes ses forces à son enfant, elle se trouve physiologiquement hors d'état d'allaiter.

C'est pourquoi j'estime qu'il n'y a qu'une saine interprétation du texte en question, qui est la suivante :

Le droit aux bons de lait est ouvert par le certificat du médecin constatant que la mère garde son enfant, mais ne peut pas le nourrir ou ne peut le nourrir que partiellement.

Le jugement du Tribunal civil de Nancy du 6 janvier 1932, aux annexes, page 150, confirme ce point de vue.

Engageons les Caisses à s'y conformer.

CHAPITRE II

Modifications à apporter

L'application de ces mesures a donné des résultats fort heureux, dont on ne peut nier l'évidence même.

Mais il reste beaucoup à faire dans ce domaine. Quelques ombres malheureusement altèrent ce tableau.

Le jugement suivant en est une preuve.

SECTION I

Réflexions sur un jugement rendu

L'article 9, § 2, stipule :

Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période et qu'elle ait cotisé soixante jours pendant les trois mois ou deux cent quarante jours pendant les douze mois qui ont précédé l'état de grossesse.

Qui eût cru que cet article pourrait donner lieu à une interprétation supprimant les droits de l'assurée !

Lisons ce jugement édifiant :

Tribunal civil de Nancy, 26 avril 1933 (1)

Les indemnités journalières prévues par l'article 9, § 2, de la loi étant compensatrices « d'un salaire perdu » ne sont pas dues, si la cessation du travail est bien antérieure à la période

(1) Annexes, page 151.

prénatale et due à des motifs « complètement étrangers à la santé de la mère et de l'enfant »...

Attendu qu'il y a lieu d'infirmier la décision dont est appel;

Attendu qu'il est constant en fait que la dame Preny, qui a accouché le deux février mil neuf cent trente-deux, avait volontairement cessé son travail le cinq août mil neuf cent trente et un, soit cinq mois auparavant;

Attendu que l'article neuf, paragraphe-deux, de la loi dont il s'agit subordonne l'allocation des indemnités journalières à la condition que l'assurée cesse tout travail durant la période payée; qu'il s'ensuit que si la cessation du travail a été volontaire et bien antérieure aux six semaines prévues, cette cessation a été causée par des motifs complètement étrangers à la santé de la mère et de l'enfant pour lesquels la loi a prévu l'arrêt du travail et l'indemnité compensatrice qui, dès lors, devient sans objet;

Attendu que, pour une autre raison encore tirée d'un contrôle absolument indispensable, la demande de la dame Preny devait être rejetée;

Attendu, en effet, que le carnet maternité de la Caisse dont elle fait partie porte en toutes lettres, au paragraphe trois, qu'au moment de la cessation du travail, l'assurée doit envoyer à la Caisse le bulletin qui constate la cessation de ce travail, afin de pouvoir bénéficier de l'allocation journalière;

Attendu qu'en l'espèce cette condition n'a pas été remplie et ne pouvait pas l'être en raison de la date de l'arrêt du travail;

Qu'il est évident que ce n'est pas le bulletin de l'employeur, daté du cinq avril mil neuf cent trente-deux postérieur de plus de deux mois à l'accouchement, qui peut tenir lieu de la formalité indispensable au contrôle et à l'ordre dont il vient d'être parlé...

Dit la dame Preny mal fondée dans ses demandes de fins et conclusions et la condamne aux dépens de première instance et d'appel.

Reprenons les termes de ce jugement et comparons-les aux textes:

Les indemnités journalières prévues par l'article 9, § 2, de la loi étant compensatrices « d'un salaire perdu », ne sont pas dues si la cessation du travail est bien antérieure à la période prénatale.

Indiquons l'article 9, § 2 :

Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période et qu'elle ait cotisé soixante jours pendant les trois mois ou deux cent quarante jours pendant les douze mois qui ont précédé l'état de grossesse.

Etudions l'article 5, § 1 :

Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit, à partir du sixième jour qui suit le début de la maladie ou l'accident et jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'article 4, à une indemnité par jour ouvrable égale à la moitié du salaire de base de la catégorie dans laquelle le classent les cotisations obligatoires.

Le § 1 de l'article 5 comprend donc deux parties :

La première réglant les conditions ouvrant droit à une indemnité en cas de maladie ;

La deuxième réglant cette indemnité elle-même :

« A une indemnité par jour ouvrable, égale à la moitié du salaire de base de la catégorie dans laquelle le classent les cotisations obligatoires. »

Donc, à notre avis, le texte est formel.

Le renvoi à l'article 5 est un renvoi à la deuxième partie du § 1 de l'article 5 : celle réglant l'indemnité journalière.

Si l'assurée remplit les conditions citées dans l'arti-

cle 9, § 2, elle jouit « de plein droit » de cette indemnité.

D'autre part, si l'assurée, au moment de la cessation du travail, doit envoyer à la Caisse le bulletin qui constate la cessation du travail :

D'après l'arrêt de la Cour de cassation, 27 juillet 1932 (1) :

DEMOISELLE SCHREIBER CONTRE CAISSE DÉPARTEMENTALE
DES ASSURANCES SOCIALES DE MEURTHE-ET-MOSELLE

La simple omission, dans les délais prévus par le règlement de ladite Caisse, des déclarations concernant l'état de grossesse et l'engagement de cesser le travail ne saurait porter atteinte aux droits de l'intéressée au paiement des allocations qui lui sont dues, lorsque, par ailleurs, elle a versé les cotisations exigées et s'est conformée aux autres obligations à elle imposées par la loi et les règlements.

Manque en conséquence de base légale, le jugement qui, pour infirmer la décision de la commission cantonale accordant une indemnité journalière à l'assurée, s'est uniquement fondé sur le retard apporté par celle-ci à faire les déclarations prescrites par la Caisse.

Donc :

Attendu qu'il n'est pas contesté que l'assurée a effectivement cessé tout travail six semaines avant l'accouchement et six semaines après, seule condition imposée pour ne pas être déchue de ses droits, nous répétons, après la Cour de cassation :

La simple omission d'envoi du bulletin à la Caisse contenant l'engagement de cesser le travail, ne saurait porter atteinte aux droits de l'intéressée au paiement des allocations qui lui sont dues, lorsque, par ailleurs, elle a versé les cotisations exigées et

(1) Annexes, page 148.

s'est conformée aux autres obligations à elle imposées par la loi et les règlements.

Le jugement du Tribunal civil de Nancy invoque, à l'appui de sa décision, ce règlement intérieur des Caisses primaires d'Assurances sociales de Nancy :

Assurances sociales de Nancy. — Conditions des prestations de l'Assurance-Maternité. — Indemnités journalières

Les assurées doivent, en principe, continuer à travailler jusqu'au délai légal de six semaines avant l'accouchement. Celles qui, hors le cas de maladie indemnisée, auront cessé volontairement tout travail plusieurs mois avant l'accouchement, ne seront plus considérées comme salariées et perdront leurs droits aux indemnités journalières.

Ce règlement, pour les raisons citées plus haut, n'est pas légal. Ni le règlement type d'administration intérieure pour Caisses d'Assurances sociales, ni aucune circulaire ministérielle, ne permettent une interprétation différente de la nôtre.

Ce règlement spolie l'assurée de ses droits les plus certains et nous en trouvons une critique pertinente dans une note parue au *Sirey*, sous un jugement du Tribunal de la Seine (1).

Nous nous permettons de reproduire plus bas le texte *in extenso* de cette note à laquelle nous n'avons rien à ajouter.

« Aucun règlement ne saurait réduire les droits accordés par la loi aux assurés ou imposer à ceux-ci des obligations dont ils ne seraient pas tenus aux termes de la loi. Pas plus que la volonté des intéressés, les règlements administratifs ne peuvent aggraver la condition faite aux salariés par la loi d'assurances sociales

(1) *Tribunal de la Seine*, 20 janvier 1932, S. 32, 2, 176.

et leur retirer une partie quelconque des avantages qu'ils tiennent de ces lois. »

Comme l'indique cette note, la solution adoptée pour les décisions jurisprudentielles que nous venons de citer revêt une grande importance. En effet, l'idée directrice exprimée par ces arrêts est l'expression d'un principe qui porte directement atteinte à toute l'économie de la loi du 30 avril 1930. Les restrictions ainsi apportées au champ d'application de cette dernière comportent, outre les difficultés juridiques exposées plus haut, un retentissement considérable du triple point de vue économique, social et médical.

Ces conséquences pratiques importantes nous paraissent justifier les développements que nous avons consacrés à cette controverse :

Au point de vue économique, pendant cette crise, une cessation volontaire de travail a l'avantage de diminuer le chômage.

Socialement, il est souhaitable qu'une femme enceinte ne soit plus une salariée, qu'elle prenne ainsi l'habitude de rester dans son foyer pour le plus grand bien de celui-ci.

Médicalement, que la cessation du travail ait été causée ou non par des motifs complètement étrangers à la santé de la mère et de l'enfant, la santé de ces deux êtres ne pourra qu'y gagner, et cette raison suffit à elle seule pour nous faire combattre une interprétation restrictive des textes.

Donc, souhaitons et espérons l'abrogation du paragraphe précité du règlement intérieur des Caisses de Nancy. Ceci étant, nous n'aurions plus à déplorer de décisions aussi draconiennes.

Un tel jugement revient à pénaliser le repos pris par

la femme enceinte, ce qui serait à l'encontre même du but de la loi sur les Assurances sociales.

Ce vœu formulé, poussons plus avant notre examen critique du règlement intérieur des Caisses primaires d'Assurances sociales de Nancy.

SECTION II

Règlement intérieur des Caisses primaires d'Assurances sociales de Nancy. — Conditions d'obtention des prestations de l'Assurance-Maternité.

1° Prestations en nature:

a) Conditions de cotisations:

D'après l'article 9, § 1, de la loi qui renvoie aux articles 4, § 5, relatifs à l'Assurance-Maladie, les bénéficiaires de l'Assurance-Maternité (assurées et femmes d'assurés) ont droit aux prestations de l'assurance, s'ils réunissent le minimum de soixante cotisations dans le trimestre civil précédant la conception;

2° Indemnités journalières.

a) Conditions de cotisations:

Les conditions de cotisations exigées sont, aux termes du § 2 de l'article 9 de la loi, soixante jours de cotisations pendant le trimestre civil, ou deux cent quarante jours pendant les quatre trimestres civils ayant précédé la conception.

Ceci est exact, mais nous demandons l'application intégrale de l'article 5, § 2, qui est modifié ainsi:

Toutefois, tant que l'assuré n'aura pas été immatriculé, durant un trimestre civil entier, le droit aux prestations lui sera acquis s'il a cotisé soixante jours pendant les trois mois précédant la maladie.

Les journées de maladie indemnisées sont décomptées comme journées de cotisation.

Ainsi la date de naissance d'un enfant né à terme

devient une date certaine devant servir de base pour ouvrir droit, même rétroactivement, s'il y a lieu, aux prestations non accordées, lorsque l'assuré n'avait pas rempli les conditions de cotisations pendant le trimestre civil précédant la conception. Donc, il faut ajouter au règlement intérieur des Caisses :

Toutefois, tant que l'assuré n'aura pas été immatriculé durant un trimestre civil entier, le droit aux prestations lui sera acquis, s'il a cotisé pendant les trois mois précédant la conception.

L'addition de ce texte est obligatoire, car les Caisses d'Assurances ne peuvent supprimer ou modifier, dans leur règlement d'administration intérieure, les dispositions légales qui fixent les conditions et modalités d'attribution des prestations pour restreindre celles-ci, ou pour ne pas y ouvrir droit.

Le règlement intérieur des Caisses étant examiné, étudions le tarif de responsabilité des accouchements.

SECTION III

Prestations à augmenter

Comparons, dans le tableau suivant, les différences entre le tarif syndical minimum et le tarif de responsabilité pour un accouchement.

	Prix de revient Maternité département	Remboursement pour hospitalisation	Prestations en argent pendant 8 jours ouvrab	Tarif syndical	Remboursement compte tenu du ticket modérateur	Dépenses	Remboursement	Prix de revient total	Remboursement
A. — FEMME D'ASSURÉ									
1 ^o Hospitalisation	390	190		300	190	x	30	390	190
2 ^o A domicile					ticket 20 %			300 + x	220
									80 + x
B. — ASSURÉE. — 1^{re} CATÉGORIE									
1 ^o Hospitalisation :									
a) Indemnité réduite un tiers...	390	190	16					390	206
b) Indemnité réduite trois quarts	390	190	6					390	196
2 ^o A domicile			24	300	204	ticket 15 %	30	300 + x	258
									42 + x
C. — ASSURÉE — 5^e CATÉGORIE									
1 ^o Hospitalisation :									
a) Indemnité réduite un tiers...	390	190	96					390	286
b) Indemnité réduite trois quarts.	390	190	36					390	226
2 ^o A domicile			144	300	190	x	30	300 + x	364
					ticket 20 %				x — 64

Pour un accouchement à domicile, le surplus de dépenses pour la Caisse est égal à :

Cas A : 2 — 1 = 220 fr. — 190 fr. = 30 fr.

Cas B : a) : 2 — 1 = 258 fr. — 206 fr. = 52 fr.

b) : 2 — 1 = 258 fr. — 196 fr. = 62 fr.

Cas C : a) : 2 — 1 = 364 fr. — 286 fr. = 78 fr.

b) : 2 — 1 = 364 fr. — 226 fr. = 138 fr.

Conclusions — 1^o Un accouchement à domicile revient toujours plus cher aux Caisses;

2^o La femme a toujours à participer aux frais d'accouchement.

Cependant, envisagée sous l'angle médical, l'hospitalisation de l'accouchée, tant pour la mère que pour l'enfant, est presque toujours désirable dans un milieu ouvrier. Insistons sur ces avantages, lorsqu'on dispose d'établissement modèle comme la Maternité départementale de Nancy.

Aussi l'hospitalisation doit être facilitée par une augmentation du tarif de remboursement. Malgré le relèvement du tarif, dans beaucoup de cas, les CaisseS feraient des économies sur l'accouchement à domicile et aideraient en même temps à la protection de la mère et de l'enfant. D'autre part, l'accouchée, quelle que soit l'éventualité envisagée, a toujours à débours.

Le ticket modérateur ayant pour rôle d'éviter les abus est un non sens dans ces cas. Il est nuisible en matière d'accouchement; celui-ci devrait, au contraire, être encouragé par l'attribution d'une prime de naissance. Aucune entrave ne doit être apportée au relèvement de la natalité.

Pourquoi ces ombres à ce tableau ?

Une seule cause évidente : *restreindre les dépenses*. et ceci au mépris le plus complet de l'esprit et même de la lettre de la loi, qui doit servir à lutter contre les fléaux sociaux (dénatalité et mortalité infantile).

Trop souvent, hélas, des questions budgétaires ont impérativement fait céder le pas à des réformes urgentes, nécessaires. En serait-il ainsi pour l'assurance-maternité ? Quelques bilans financiers la concernant sont publiés en annexes. Ils montrent que l'assurance-maternité est souvent déficitaire, mais le coefficient de ventilation peut être changé, et actuellement

« l'assurance-maladie » doit et peut facilement combler le déficit.

L'établissement du budget d'une Caisse ne doit pas être mené comme celui d'une affaire commerciale, en vue du plus grand bénéfice. Il doit aussi être considéré en bloc et remplir l'office pour lequel il a été créé.

L'assurance-maladie répond-elle aux espoirs des créateurs de la loi ?

Que se passe-t-il en fait ?

Le titre suivant nous le montre.

TITRE II

Assurance-Maladie

CHAPITRE PREMIER

Prestations à augmenter

SECTION I

Tarif de responsabilité

Pour Nancy, comparons deux tarifs :

Le tarif syndical minimum et le tarif de responsabilité concernant les actes de médecine et de petite chirurgie.

Número de nomen- clature	Destination	Coefficient	Tarif syndical minimum	Tarif responsabilité décompte fait ticket 15 %	Participation de l'assuré
C.	Consultation simple	1	15	10,20	4,80
V.	Visite simple	1	20	11,90	8,10
V. D.	Visite demandée le dimanche	1,3	40	14,50	25,50
V. N.	Visite de nuit	2	40	22,40	17,60
P. C. N° 2 .	Cathétérisme de l'urèthre	2	30	20,40	9,60
P. C. N° 3 .	Injection intra-veineuse de novarséno- benzol	3	45	30,60	14,40
P. C. N° .	Saignée	3	45	30,60	14,40
P. C. N° 4 .	Ponction lombaire	4	60	40,80	19,20
K.	Examen radioscopique du tube digestif complet	14	280	95,20	184,80
K.	Pour chaque cliché pris ajouter	4	80	27,20	52,80

Cette différence est particulièrement sensible au cours de petites interventions, des visites de nuit et pour les examens radiologiques.

L'assurance, dans certains cas, n'est même plus une demi-assurance.

Mérite-t-elle encore ce nom ?

Il faut que le malade n'hésite pas, par crainte des frais, à consulter dès les premiers symptômes ressentis.

Pour cela, il faut que le tarif de responsabilité soit identique ou très proche du tarif syndical minimum.

Le ticket modérateur oblige l'assuré à participer suffisamment aux frais pour éviter les abus.

Deux solutions sont possibles :

Soit le relèvement du tarif de responsabilité, soit l'abaissement du tarif syndical minimum. Cette dernière solution ne paraît pas souhaitable. Dans la plupart des cas, elle risquerait de provoquer des actes médicaux trop rapides, correspondant à la médecine au rabais.

Les budgets des Caisses, joints aux annexes, prouvent d'une façon péremptoire qu'ils pourraient supporter, sans porter atteinte à leur équilibre, des frais médicaux deux fois plus élevés. Donc, les Caisses ont les ressources nécessaires pour augmenter les prestations médicales dans la mesure envisagée, qui serait loin de coûter deux fois plus.

L'assurance-maladie a des disponibilités pour augmenter les prestations et répondre aux buts préventifs et curatifs de la loi. Elle doit les « utiliser ». Continuons cette étude.

SECTION II

Traitement dans les stations thermales

Les demandes de cure dans une station thermale étaient en nombre infime : dix-huit pour un exercice du contrôle de dix-huit mois.

Les assurés sociaux ne désirent-ils donc pas aller se soigner dans une station thermale ?

Là encore, il ne s'agit que d'une raison financière. Ils n'ont pas les moyens de se faire traiter dans une ville d'eau, car le tarif de remboursement du traitement se compose d'un forfait de 96 francs (k 12) à verser en plus des demi-journées de salaire et sans frais de voyage.

Pourtant, aller se soigner dans une station thermale ce n'est pas suivre un traitement de luxe devant être réservé aux favorisés de la fortune.

Pour nous, l'efficacité des eaux minérales n'est pas douteuse. Dans le laboratoire d'hydrologie, nous avons vu la netteté des résultats obtenus par M. le Professeur SANTENOISE avec les eaux minérales sur l'animal « in vivo ». Or, l'action au griffon ou dans la station est plus énergique encore.

Fréquemment un séjour dans une ville d'eau améliore ou guérit un malade, alors que toutes les autres thérapeutiques étaient moins favorables ou impuissantes. Envoyer les malades dans les stations thermales, c'est souvent prévenir une invalidité.

Nos stations thermales, si nombreuses dans la ré-

gion de l'Est, offrent d'incomparables moyens de traitement.

Les Caisses de Meurthe-et-Moselle pourraient s'entendre avec elles pour une organisation des cures ; à défaut d'accord, elles doivent relever leur tarif de responsabilité.

CHAPITRE II

Modifications à apporter

Assurance temporaire

Le plus grave défaut, un vice même de l'Assurance-Maladie, est celui de l'assurance temporaire.

Que signifie-t-elle?

Rappelons d'abord les textes la concernant :

ARTICLE 1, § 1. — Les Assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée dans les conditions déterminées par la présente loi.

ARTICLE 4, § 1. — L'Assurance-Maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais de transport, d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint, leurs enfants à charge non salariés âgés de moins de 16 ans et les pupilles de la nation remplissant les mêmes conditions dont l'assuré est tuteur..

Mais :

ARTICLE 4, § 8. — Les indemnités prévues au présent article sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

ARTICLE 4, § 10. — Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

Ainsi, suivant ces articles, l'assurance médicale est temporaire, ce qui a de nombreux inconvénients.

Généralement, l'assuré l'ignore, mais lorsqu'une ma-

ladie de longue durée le touche, les § 8 et § 10 de l'article 4 jouent.

Inutile de dire sa détresse, sa désillusion d'avoir été ainsi leurré. Il avait payé, il s'était cru garanti. Sans cela, il aurait peut-être pris d'autres dispositions ou d'autres mesures de prévoyance.

Lorsque le médecin se trouve devant un cas semblable, il a tendance à venir en aide à ce patient, et personne ne pourrait l'en blâmer. Alors... Il lui cherche une maladie nouvelle qui lui ouvrira de nouveaux droits et si le malade peut reprendre le travail, le docteur tendra à le considéré comme guéri. Grâce à la circulaire n° 28, du 2 avril 1932 :

... Si la rechute a lieu plus de deux mois après la guérison apparente, l'affection doit être envisagée comme une maladie nouvelle et donne lieu aux prestations pendant une nouvelle période de six mois.

NOTE. — Le malade aura pu être considéré comme guéri, au sens de la présente circulaire, si le médecin traitant l'a dispensé de recevoir des soins ou a indiqué sur la feuille de maladie la date du dernier jour de la maladie..

Le contrôle médical est ainsi extrêmement difficile. Il faut l'avoir vu s'exercer pour s'en rendre compte.

Dans bien des cas, il ne peut dire s'il s'agit ou non de la même maladie, même en Meurthe-et-Moselle, où cependant le médecin traitant communique tous les renseignements aux médecins contrôleurs. Que doit-il en être ailleurs !

Le contrôle médical doit être déclenché souvent et au moment propice, il doit constater si le malade est guéri. En effet, lorsque le médecin traitant a, au sens de la circulaire, considéré le malade comme guéri, celui-ci bénéficie de cette présomption.

L'assuré cherche par les fraudes à échapper à cette assurance. Son ingéniosité peut être très grande dans ce domaine!

Mais l'inconvénient le plus grave est d'ordre médical.

En présence d'une assurance temporaire, il est presque normal de conseiller au patient une opération qui devra le guérir rapidement, alors qu'un traitement médical longuement suivi aurait pu donner le même résultat. Le malade aurait évité les ennuis et les risques d'une intervention et de ses suites.

Il en est ainsi pour des sinusites, des ulcères d'estomac, des hernies..... des appendicites chroniques qui n'ont pas fait leur preuve, des tuberculoses, dites chirurgicales, guérissables médicalement. Le péril est grand lorsqu'il s'agit de salpingites, pour lesquelles souvent une opération mutilante doit faire renoncer à la maternité.

Notre natalité n'est déjà pas si brillante!

Le danger est sérieux aussi lorsque le malade reprend le travail sans être guéri. L'avis médical serait défavorable si le médecin était mis au courant de la situation exacte, mais l'assuré peut parfois cacher certains symptômes.

En Meurthe-et-Moselle, certaines Caisses appliquent les « six mois élargis », c'est-à-dire qu'elles ne déclenchent le contrôle qu'après la distribution de douze feuilles de maladie, chacune étant valable pour quinze jours. Ainsi, de nombreux patients n'ont pas été touchés par les §§ 8 et 10 de l'article 4.

Mais ce système non légal n'est qu'un palliatif insuffisant. En outre, nos conclusions après examen des fiches au contrôle médical sont les suivantes:

Dans l'ensemble, les assurés ayant bénéficié des six mois élargis sont ceux qui, médicalement, en avaient le moins besoin. Il s'agissait :

De maladies chroniques (bronchites, dyspepsies, asthénie...) ;

De traitements spéciaux (varices, hémorroïdes, eczéma, etc.) ;

De traitements de maladies vénériennes que les dispensaires auraient effectués gratuitement.

Mais ceux gravement atteints, comme le sont certains tuberculeux, etc., n'ayant pas eu d'intervalles entre leurs feuilles de maladie n'ont eu droit qu'à six mois de prestations.

Trop souvent, ils retombent *inévitavelmente* dans l'assistance.

L'Assurance-Invalidité ne remplace pas l'Assurance-Maladie. Elle ne couvre que l'assuré ayant une affection ou une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail.

Elle délaisse son conjoint et ses enfants. Il ne faut pas que les assurés ou leurs familles retombent à la charge de l'Assistance, la suppression de celle-ci étant un des buts de l'Assistance. Il ne faut pas qu'une loi d'Assurances sociales puisse avoir des inconvénients médicaux. Il faut modifier les §§ 8 et 10 de l'article 4 et accorder les prestations en nature aux malades, quelle que soit la durée de leur affection.

Les ressources financières, comme nous l'établissons plus loin, sont suffisantes pour parer à ces éventualités. La lutte contre les fléaux sociaux, en particulier celle contre la tuberculose, rend urgente cette transformation.

APPENDICE

Réflexions sur un jugement rendu

Dans ce département, la loi des Assurances sociales est souvent interprétée d'une façon restrictive par les tribunaux. .

Le sommaire ci-dessous en est une preuve(1).

La loi sur les Assurances sociales doit être interprétée restrictivement et les demi-salaires qu'elle attribue aux assurés malades pour les indemniser de la cessation de leur travail ne doivent pas être accordés à un chômeur que ne recevait plus aucun salaire.

Considérons ces articles :

ARTICLE 21. — Tout assuré obligatoire de nationalité française se trouvant en état de chômage involontaire par manque de travail et inscrit à un Office de placement, a droit, pour une durée maximum de quatre mois par période de douze mois, au versement pour son compte de la double contribution prévue à l'article 2 de la présente loi.

ARTICLE 22. — Pour bénéficier des avantages prévus à l'article précédent, l'assuré devra compter, immédiatement avant la période de chômage, une année entière d'affiliation ininterrompue aux Assurances sociales et remplir les mêmes conditions de cotisations que celles imposées pour l'Assurance-Maladie.

Ils prouvent que l'assuré malade, même s'il est chômeur, a droit au demi-salaire.

Pour les raisons développées page 85, élevons-nous contre cette interprétation restrictive. Les juges,

(1) Jugement du Tribunal civil de Nancy, *in extenso* aux Annexes, page 154.

comme les dirigeants de Caisses, ne doivent pas avoir pour objectif de distribuer aux assurés des prestations inférieures au minimum auquel ils ont droit. Ils doivent comprendre la raison d'être des lois sociales, et ne pas contrecarrer leurs effets heureux en donnant aux Caisses une possibilité de se dégager de leurs obligations.

Nous avons demandé « l'utilisation » des ressources, mais non leur gaspillage. Il y a aussi un gros effort à faire en ce sens. Indiquons quelques moyens de réaliser des économies.

CHAPITRE III

Moyens de réaliser des économies

SECTION I

Demandes de repos

Tous les individus ont plus ou moins besoin de vacances, les salariés autant que les autres. Mais il ne faut pas occasionner des frais à la Caisse, lorsque le repos prescrit peut s'obtenir par un autre moyen.

Le cas échéant, la Caisse pourrait inviter les employeurs à lui fournir les renseignements suivants : vacances accordées au personnel, leur date, leur durée.

Muni de ces indications, le contrôle médical verrait si la demande de repos est opportune ou non.

SECTION II

Application du plafond

Selon l'article 4, § 5, alinéa 2 :

Le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra, en aucun cas, excéder, par journée de maladie, à partir de la première constatation médicale, 50 % de la moyenne journalière générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu dans chaque Caisse à cotisation. En cas de maladie exigeant un traitement spécial, le maximum précité pourra être dépassé conformément aux dispositions du paragraphe 7, alinéa 3, du présent article.

Ainsi les dispositions de cet article instituent un

plafond obligatoire. En Meurthe-et-Moselle, fréquemment, ce plafond n'est pas appliqué.

Cependant la prise en charge par l'assuré des dépenses dépassant le maximum autorisé, le conduirait souvent à demander au médecin d'éviter les prestations coûteuses dues à certaines prescriptions de spécialités pharmaceutiques, etc... Pour celles-ci, les Caisses ont ainsi un moyen de défense, mais il est insuffisant.

Le problème est-il insoluble ?

Envisageons-le dans la section suivante :

SECTION III

Listes de spécialités pharmaceutiques

Pour être autorisés à fournir leurs médicaments aux assurés sociaux, les fabricants de spécialités pharmaceutiques pourraient être astreints à indiquer le prix de revient de leurs produits, calculés selon le tarif pharmaceutique. Les limites de la différence entre le prix de revient et celui du prix de vente seraient fixées en tenant compte de ce fait que les produits spécialisés sont généralement de bonne qualité.

Les médicaments spéciaux irremplaçables sont relativement peu nombreux. Leur liste peut être établie.

SECTION IV

Accidents du travail

Le nombre des fiches arrivées au Contrôle médical technique concernant les hernies s'élève à 927 pour une période de dix-huit mois.

Ce nombre est vraiment imposant, si on exclut, com-

me il est légitime de le faire, le nombre des hernies provoquées par le fait et à l'occasion du travail, car d'après les prescriptions du § 1 de l'article 8 :

Ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, sous réserve de l'application de l'article 60 ci-après, les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail.

Pensons à la proportion des hernies imputables aux accidents du travail avant la loi des Assurances sociales et demandons-nous si cette proportion est conservée. Il est permis d'en douter en voyant les résultats donnés par nos statistiques.

D'après ces remarques, puisque la législation sur les accidents du travail distribue moins facilement les indemnités que la loi des Assurances sociales, il est normal de penser que celle-ci a eu souvent à fournir des prestations pour des blessures dont l'origine n'était pas nettement établie.

Au contrôle de dépister soigneusement ces cas !

Mais, malgré les examens, les enquêtes, il est certain que les Assurances sociales auront trop souvent à servir des prestations aux lieu et place des Assurances contre les accidents du travail. Aussi devrait-on adopter la proposition d'un groupe de parlementaires demandant en compensation un pourcentage sur les primes touchées par les Compagnies d'assurances.

Cette question est connexe d'une autre :

Si l'on envisage le cas d'un accidenté du travail recouvrant son demi-salaire, il y a paiement d'une indemnité. Puisque l'accident du travail rompt le contrat de travail pendant le temps d'arrêt, la double cotisation n'est

pas versée, elle devrait être payée par l'employeur comme dommage direct de l'accident, dommage non compris dans l'indemnité accordée actuellement.

SECTION V

Libre « choix »

Le libre choix du médecin par le malade est un principe intangible de la charte du Corps médical français.

Mais, dans ces deux mots, celui de choix a une importance qui ne doit pas échapper.

Quelques feuilles de maladies vues au contrôle portaient les signatures de plusieurs omnipraticiens, dont le nombre s'élevait parfois à cinq.

Est-ce là la signification du mot choix? Non. Ce procédé augmente les dépenses et facilite les abus.

Si un docteur ne signe pas de repos à un fraudeur, celui-ci peut essayer de voir un autre praticien, espérant que ce dernier le reconnaîtra malade.

En outre, ce système nuit aux bons soins en privant le patient d'un traitement continu et suivi régulièrement.

Etablissons donc le libre choix, c'est-à-dire la faculté de prendre au maximum deux praticiens de médecine générale; ou deux docteurs d'une même spécialité, librement « choisis ».

L'autorisation d'en voir un troisième devrait être demandée au contrôle médical technique.

SECTION VI

Chiffre-clé K à 8, au-dessus de K 40

Les Caisses de Meurthe-et-Moselle envisagent l'augmentation de leur tarif de responsabilité concernant le chiffre-clé K au-dessus de K 40.

Comparons le prix de remboursement d'une appendicectomie faite à froid à l'Hôpital central de Nancy et hors de l'hôpital.

1° Appendicectomie à l'hôpital:

10 journées d'hôpital (tarif de remboursement : 19 fr. 20)	192	»
Transport du malade.	50	»
Total	242	»

2° Appendicectomie hors de l'hôpital:

Honoraires médicaux coefficient K 60. Avec un chiffre-clé K à 8, le tarif de remboursement est égal à 480 francs (défalqué de 20 % : ticket modérateur) donc égal à 384 francs.

Différence entre 2° et 1° :

Minimum 142 francs, avec un chiffre-clé K à 8.

Cette différence sera accrue dans les cas suivants :

Frais de pharmacie ;

Pas de transport du malade ;

Demi-salaire réduit pendant l'hospitalisation ;

Ticket modérateur de 15 % au lieu de 20 % ; dans ce cas, le tarif de remboursement des honoraires est égal à 408 francs.

D'après la circulaire du 26 décembre 1930 :

« ... il faudra tenir compte dans le calcul de la nécessité pour

la Caisse de donner à un assuré d'une catégorie quelconque, qui aurait les ressources personnelles nécessaires pour pouvoir faire la dépense de la Maison de santé à titre de couverture partielle des honoraires, l'équivalent de ce qu'aurait coûté à l'hôpital, pour l'intervention en question, l'assuré de la cinquième catégorie. Si on agissait autrement, on créerait entre les assurés, au point de vue du droit aux prestations en nature, une discrimination contraire à la loi... »

Nous partageons les idées de cette circulaire. Puisque les assurés sociaux actuellement peuvent être opérés à l'hôpital, ne portons pas le chiffre-clé K à 15 au-dessus de K 40. Mais ce sujet est lié à une autre question.

ANNEXE

Hospitalisation des assurés sociaux

Est-il admissible que tous les assurés aient le droit de se faire traiter à l'hôpital ? Il est anormal que tous puissent y être soignés.

Renvoyons aux conclusions concernant les relations des assurés et des consultations externes, page 24.

Aux Syndicats médicaux de défendre cette thèse ! Quand ils l'auront fait triompher, alors seulement nous serons pour le relèvement du chiffre-clé K.

L'étude de l'hospitalisation des assurés nous conduit à demander la nomination de représentants des Caisses dans la Commission administrative des Hôpitaux de Nancy.

En effet, la loi d'Assurances sociales a été faite pour les assurés, ceci est incontestable.

Qui défendra leurs droits ?

En Meurthe-et-Moselle, l'union des Caisses est une preuve du désir de collaboration pour le plus grand bien de tous.

Mais parfois des administrateurs se demandent comment ils doivent orienter leurs efforts, parce qu'ils sont inexpérimentés et incompetents en matière sanitaire. La nomination de représentants des Caisses dans la Commission administrative des Hospices de Nancy, comportant ainsi un droit de regard pour les représentants des Caisses, les éclairerait et aurait certainement un très heureux effet.

A propos de cette question de l'hospitalisation, signalons le beau geste du Corps médical enseignant dans les hôpitaux de Meurthe-et-Moselle.

APPENDICE

Beau geste du Corps médical enseignant dans les Hôpitaux de Meurthe-et-Moselle

Certaines informations font connaître que les chefs des services hospitaliers ne touchent pas personnellement tous les honoraires médicaux auxquels ils ont droit d'après l'article 2 du traité, page 26. Cette belle attitude, cet esprit de désintéressement nous permettent de demander quelques réformes.

Ainsi, des sommes importantes servent surtout à subventionner les hospices de Nancy.

Donc, les assurés, ou plutôt finalement les Caisses font un débours pour des honoraires médicaux qui prennent une autre destination.

Mais est-il logique d'imposer aux Caisses une charge aussi lourde au bénéfice des hospices?

Répétons l'article 1 du traité, page 25.

La Commission administrative acceptant de recevoir dans ses hôpitaux, « dans la limite des disponibilités en lits de ses services hospitaliers » et conformément aux dispositions du règlement intérieur de ses établissements, les assurés sociaux.

En quoi cette « acceptation » mérite-t-elle une subvention indirecte aussi importante? Est-il normal que, dans d'autres hôpitaux de villes centres d'enseignement médical, les chefs de services hospitaliers puissent cumuler avec leur traitement des honoraires parfois très élevés?

Les seules prescriptions législatives sont dans l'article 6, § 2:

En cas d'hospitalisation, les frais à supporter par la Caisse, abstraction faite des honoraires médicaux, seront contenus dans les limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'Assistance publique à l'égard des malades admis au tarif le plus bas des malades payants.

Les mots « abstraction faite des honoraires médicaux » rendent légale la perception d'honoraires.

Mais « le statut » des chefs de services hospitaliers est-il compatible avec un traitement fixe et un cumul d'honoraires?

TITRE III

Quelques problèmes à résoudre

CHAPITRE PREMIER

Sanction: suppression des prestations en argent

Toutes les ressources procurées par le jeu de la loi doivent être utilisées au profit des assurés. L'assurance est faite pour eux, c'est un principe intangible. Mais tous les assurés remplissant les conditions de cotisations ont-ils droit à toutes les prestations? Non. La loi, par une sanction, les a exclus du droit aux prestations en argent dans des cas déterminés.

Seulement, il reste quelques points à préciser, afin de pouvoir appliquer cette pénalité.

Il faut soigner tous les malades, mais il ne faut pas accorder l'indemnité journalière à trois groupes d'assurés:

Aux fraudeurs;

A ceux qui n'observent pas les prescriptions médicales;

A ceux dont les maladies, blessures ou infirmités résultent de leur faute intentionnelle.

Poser ces questions, ce n'est pas les résoudre.

Les contrôles institués par la loi dépistent les fraudeurs. Mais, à notre connaissance, aucune sanction n'a été appliquée aux deux autres groupes d'assurés.

Pourquoi? En raison des difficultés rencontrées pour établir la preuve de l'infraction.

Il s'agit là d'un problème délicat. La solution en est complexe, parce qu'elle touche un point névralgique, « le secret médical ». Elle n'est pas insoluble. Il faudrait seulement « vouloir » la résoudre.

Aidés par les conseils du Corps médical, les juristes pourraient certainement établir une formule d'application.

L'article 23 du règlement d'administration publique pose ce principe général :

Pour pouvoir prétendre à l'indemnité journalière, l'assuré doit s'être strictement conformé, depuis le début de la maladie ou de l'accident à toutes les prescriptions du médecin.

L'application de ce principe fournirait en particulier un moyen appréciable de lutte contre l'alcoolisme.

Généralement, seul un usage « très modéré » de boissons alcooliques est permis à un malade.

La prescription limitant l'usage des boissons alcooliques devrait donc être considérée comme une « clause de style », sauf avis médical contraire.

Alors, le contrôle n'aurait qu'à surveiller... quand il le pourrait! Ainsi, la stricte observation de la loi d'Assurances sociales permettrait de combattre un des fléaux sociaux : l'alcoolisme.

Envisageons le troisième groupe d'assurés :

Attendu que d'après l'article 8, § 2 :

« Ne donnent pas lieu aux prestations en argent : les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré. »

l'avortement criminel doit entraîner la déchéance du droit à l'indemnité journalière.

Mais comment appliquer cet article? Aucun médecin ne dénoncera ce délit.

Pour faire respecter l'esprit de la loi, une autre idée pourrait « peut-être » être émise: Sauf preuve contraire, tout avortement serait présumé être causé par une imprudence, ou par une négligence due à une inobservation des prescriptions médicales.

L'article 23 du règlement précité permet d'appliquer la même sanction que celle de l'article 8, § 2. Son champ d'application est prévu dans la circulaire n° 14 du 21 mars 1931, qui dit notamment:

c) Observations des prescriptions réglementaires de la Caisse pour les prestations en argent:

1° Période prénatale. — Obligation pour l'assurée ou la femme de l'assuré de déclarer son état dès qu'elle en a connaissance et, au plus tard, trois mois avant la date présumée de l'accouchement...

Obligation générale de se conformer aux prescriptions nécessaires d'hygiène, de contrôle et de repos.

Il est incontestable que toute femme qui a déclaré son état, qui se sait soumise à un contrôle, sera moins tentée de se faire avorter.

Cette question est abordée mais n'est pas solutionnée.

Répétons que nous n'avons pas vu prendre les sanctions prévues par les articles précités, pour les éventualités envisagées.

Regrettons-le vivement, au point de vue de la lutte contre les fléaux sociaux.

CHAPITRE II

Création d'une Union des Caisses

Ce point de vue : protection de la santé publique revient toujours en *leit-motiv* ; il faut reconnaître que c'est le but essentiel de la loi.

Les différentes Caisses, organes de gestion et de répartition des prestations, sont-elles constituées pour profiter à tous les assurés ?

« Ce qui n'est pas utile à la ruche n'est pas non plus utile à l'abeille » (MARC-AURÉLE, *Pensées*).

Continuons plus avant notre étude sur ce point.

Les difficultés financières éprouvées par une Caisse d'un département voisin prouvent les inconvénients de certaines Caisses professionnelles qui groupent les mêmes risques :

Risques que constitue un effectif de salariés uniquement de la première catégorie ;

Risques plus graves (lorsque les assurés ont une profession insalubre) ;

Risques de débours importants pour des raisons diverses : Caisses féminines, etc...

Risques de chômage ;

(Certaines Caisses professionnelles seront dans l'impossibilité d'économiser et, par conséquent, de consacrer le minimum à la prévention.)

Sans méconnaître les efforts louables de certains dirigeants, nous devons dire qu'aux risques inhérents à ces Caisses s'ajoutent, pour les Caisses patronales, des risques supplémentaires :

D'épidémie ;

De dilapidation par certains patrons qui, faisant les généreux, distribuent trop largement en prestations les fonds de la Caisse;

De violation plus facile du secret médical par l'employeur qui, malheureusement, peut être incité à renvoyer un ouvrier souffrant. Celui-ci peut négliger de se soigner pour ne pas avouer son état.

Il est encore un grave défaut des Caisses patronales: bien des ouvriers font partie de la Caisse patronale pour ne pas être « mal vus ».

La condition juridique d'un travailleur à l'égard de la personne pour laquelle il travaille ne saurait être déterminée par la faiblesse ou la dépendance économique dudit travailleur et ne peut résulter que du contrat conclu entre les parties, la qualité du « salarié » implique nécessairement l'existence d'un lien juridique à la personne qui l'emploie (1)...

L'assuré est soumis pour son travail à l'autorité de celui qui l'emploie. La qualité de salarié comporte nécessairement l'existence d'un rapport de subordination de l'employé pour tout ce qui concerne l'exécution de son travail (2).

Donc l'assuré qui est déjà sous la dépendance économique et juridique de l'employeur ne doit pas encore être sous sa dépendance quand il demande son « Droit » aux prestations.

L'organisation de la loi des Assurances sociales aurait pu être confiée à un service public autonome. Son Conseil d'administration aurait compris à côté des fonctionnaires du service public, une large participation des

(1) Cassation civile, 6 juillet 1931. *Gazette du Palais*, 1931, 2, 337.

(2) Cassation civile, 1^{er} mars 1933, *Gazette du Palais*, 1933, 1, 935.

délégués des assurés et de représentants du Corps médical (dont certains membres nommés par le Syndicat des Médecins).

Ce système à gestion tripartite aurait eu des avantages indéniables. L'assurance est sociale et non individuelle. « Son économie doit être dirigée ». Les mêmes conditions doivent ouvrir les mêmes droits dans toute la France. Ceci eût été plus facilement réalisé avec un service public homogène, composé de Caisses identiques, dépendant d'un bureau départemental. Les dossiers seraient ainsi centralisés, les complications dues aux changements d'affiliation évitées, les froissements entre les Caisses supprimés et les fraudes mieux décelées.

Actuellement, les économies de certains dirigeants à courtes vues éloignent la loi de son but essentiel : guérison et prévention.

En Meurthe-et-Moselle, l'heureuse initiative de la formation d'une Union des Caisses a permis de profiter, en partie, de ces avantages.

Nous avons reproduit les accords et les conventions signés avec cette Union.

Mais il est certain qu'un système unique de Caisses aurait permis de faire mieux encore.

Si, selon la méthode de M. le Professeur PARISOT « il faut unir sans absorber », il aurait mieux valu unifier sans courir le risque d'absorber.

CHAPITRE III

Commission départementale

Consultons le paragraphe 5 de l'article 7 :

Les conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins, et les tarifs de responsabilité établis par les Caisses dans les conditions prévues à l'article 4, §§ 4 et 7, sont soumises à une Commission fonctionnant au chef-lieu du département composée pour le premier tiers de représentants de Caisses, pour le second tiers de représentants des groupements professionnels et, pour le dernier tiers, de représentants des Ministres du Travail et de la Santé publique, y compris les Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics. Sauf, pour le Contrôle du service technique, elle est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la Section permanente, les litiges qui naîtraient entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions.

La Commission tripartite a donc une importante fonction à remplir.

Il paraît surprenant qu'elle n'ait jamais été réunie à Nancy.

APPENDICE

Nos impressions sur le fonctionnement des Assurances sociales en Meurthe-et-Moselle

L'examen des bilans financiers des Caisses (dont les principaux sont publiés aux annexes) révèle des disponibilités abondantes. Il en résulte que les abus ont dû être en grande partie réprimés, ce qui est en faveur du bon fonctionnement du contrôle médical technique nancéien.

Il en résulte aussi que les Caisses ont des sommes importantes à utiliser.

Certains événements ont montré la difficulté d'effectuer des placements sérieux.

L'application du système employé par les Caisses d'épargne postales aurait de nombreux avantages ;

« Ce procédé serait plus sûr ;

« Il aiderait à résoudre la crise financière et économique en remédiant au plus grave défaut reproché à la loi, celui de nuire au développement économique. »

En outre, ces placements seraient un gage sérieux pour la stabilité du régime, l'avenir des salariés étant lié à celui du pays.

Mais le montant des placements doit être strictement limité. La loi prévoit suffisamment de prélèvements obligatoires au profit de fonds de réserve, il ne faut pas les accroître davantage.

Les Caisses ne doivent pas chercher à accumuler

les bonis pour pouvoir les utiliser ensuite à créer « leurs dispensaires, leurs laboratoires, leurs hôpitaux ».

La médecine permettant le libre *choix* sera toujours l'idéal pour le Français qui aime son indépendance. Elle offre la garantie de soins de qualité supérieure. *La confiance en son médecin est nécessaire*, elle est un élément essentiel de la guérison.

Mais revenons à cette idée : « Il faut que les Caisse^s utilisent intégralement leurs bonis ».

Comment employer ceux-ci ?

L'article 33 prévoit trois affectations possibles :

1° Augmentation temporaire des prestations de la Caisse (art. 33, § 2) ;

2° Ristourne aux cotisants (art. 33, § 2) ;

3° Les Caisse^s d'assurances peuvent également employer leur solde à créer ou développer les œuvres de maternité et d'enfance, des hôpitaux, sanatoriums, préventoriums, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraites et autres institutions d'hygiène sociale et de prophylaxie générale (art. 33, § 4).

Envisageons l'augmentation temporaire des prestations de la Caisse en partant des chiffres donnés par le compte préliminaire « maladie » d'une Caisse importante (publié aux Annexes).

Etablissons les modifications apportées en augmentant les prestations selon les idées exposées précédemment.

Si le tarif de responsabilité était égal au tarif syndical minimum à Nancy, on aurait :

$C = 15$ au lieu de 12,
donc augmentation maximum : 25 %.

$V = 20$ au lieu de 12,
donc augmentation maximum: 50 %.

Interventions chirurgicales pour:

K inférieur à 40 chiffre-clé = 20, au lieu de 8,
cette augmentation ne portant pas sur toutes les inter-
ventions serait au maximum de: 100 %.

Donc, suivant le compte préliminaire « maladie » :

DÉPENSES EN FRANCS	ACTUELLEMENT	AUGMENTATION ENVISAGÉE
Frais médicaux, cabinet du praticien	774.274 »	193.568 »
Frais médicaux, visites à do- micile.	260.670 »	130.335 »
Interventions chirurgicales .	275.065 »	275.065 »

L'augmentation des dépenses serait égale à. 598.968 »

Le montant des dépenses était de 5.376.624 francs.

Il aurait été égal à 5.975.592 francs.

Il faut considérer cependant que les recettes ont été
encaissées pendant dix-huit mois et les prestations dis-
tribuées seulement pendant quinze mois.

Si celles-ci avaient été versées pendant dix-huit mois,
selon le tarif envisagé, l'augmentation des dépenses (qui
se montaient, majoration comprise, à 5.975.592 fr.), au-
rait été de 20 %.

Le montant des recettes étant égal à ..	11.420.499 »
Les dépenses auraient été égales à	7.170.710 »

Le solde créditeur aurait été de 4.249.789 »

Donc, sans risquer de porter atteinte à l'équilibre du

budget des Caisses, le tarif de responsabilité peut être mis au niveau du tarif syndical minimum pour les cas envisagés.

Ce compte prouve également qu'on peut augmenter la durée pendant laquelle les prestations sont accordées.

La loi ne doit donc pas être interprétée restrictivement.

Insistons pour que les Caisses obéissent aux règles de droit.

En outre, il y a des règles, même informulées, qui ne doivent pas être enfreintes. Il faut toujours considérer les répercussions sociales et médicales des décisions prises, quant aux résultats immédiats et lointains.

Le fonctionnement des Caisses fait ressortir deux tendances :

L'une interprétant la loi dans le but social (meilleurs soins aux malades et prévention des maladies) ;

L'autre dans une idée restrictive (économie maximum, prestations minima, soumission des assurés à la haute autorité de leur Caisse).

La loi des Assurances sociales n'est pas une loi d'assistance, son but est plus élevé et ne consiste pas à distribuer des prestations parcimonieuses aux malades. Ce sont des assurés qui versent, comme nous le verrons d'ailleurs par les bilans, au delà des ressources qui leur sont retournées.

Les Assurances sociales n'ont aucun rapport avec une Compagnie d'assurances destinée à faire des bénéfices. Le surplus, répétons-le, doit être utilisé à la

guérison, à la prévention, à la lutte contre les fléaux sociaux. Là, seulement, la loi sera appliquée dans son esprit et dans sa lettre.

Cependant les deux tendances des dirigeants des Caisses ne sont pas tout à fait inconciliables. Mais, pour les satisfaire, il est nécessaire qu'ils se rendent compte que tout effort individuel risque d'être stérile s'il ne concourt pas à la réalisation d'un programme sanitaire, collectif, plus vaste.

L'Union des Caisses doit participer à son développement.

Traduisons notre pensée :

Le minimum de dépenses sera obtenu lorsque les malades, grâce aux bons soins, éviteront l'invalidité. Il faut leur en donner la possibilité.

Le minimum de dépenses sera obtenu surtout lorsque les effets heureux de la prévention auront diminué la morbidité. Ces résultats ne peuvent pas être immédiats ; ils nécessitent un ensemble de mesures dont les bénéfices ne se feront sentir qu'à longue échéance.

Dans ce domaine, les dépenses sont productives :

« Il faut semer pour récolter. »

Mais comment développer la prévention ?

Le département de Meurthe-et-Moselle a la chance d'avoir un organisateur remarquable pour toutes les œuvres d'hygiène, en la personne de M. le Professeur J. PARISOT. Ses créations ont une influence très favorable dans le fonctionnement des Assurances sociales, grâce à ses initiatives fécondes, à sa largeur de vues, à son désir d'utiliser toutes les bonnes volontés, tou-

tes les ressources disponibles pour la lutte contre les fléaux sociaux. Les principales conventions, accords et œuvres auxquels il a participé, ont été reproduits plus haut.

Aidées et conseillées ainsi, les Assurances sociales atteindront leur but dans ce département.

CONCLUSIONS

D'autres ont peut-être déjà exposé ces considérations, mais il n'est pas inutile, croyons-nous, de reprendre la défense d'une cause juste et noble : « La Protection de la Santé publique ».

La loi d'Assurances sociales rend de nombreux services, mais elle est perfectible et doit s'améliorer.

Pour cela :

1° Il ne faut pas laisser « saper » la loi :

Par des assurés fraudeurs ;

Par des Caisses qui ne doivent pas interpréter la loi restrictivement (elle n'a pas été étudiée ici au point de vue administratif, mais il est nécessaire que les assurés disposent d'un cahier de réclamations) ;

Par des patrons ne versant pas les cotisations ou détournant le précompte (souhaitons une modification de la loi pour que ces deux infractions soient pénalisées davantage) ;

Par des médecins n'aimant pas la loi, en raison des paperasseries qu'elle nécessite, des contrôles qu'elle leur fait subir ;

2° Il faudrait, puisque l'expérience prouve que l'interprétation de la loi par le pouvoir judiciaire à l'occasion des litiges qu'elle fait naître a une importance primordiale, que la jurisprudence si variée et parfois inhumaine, soit bientôt unifiée et *humanisée*.

3° Il faut faire connaître la loi :

Par des conférences ;

Par son étude sommaire dans les écoles ;

Par son enseignement dans les Facultés de Médecine et de Droit ;

4° Il faut faire aimer la loi :

a) En la simplifiant ;

b) En l'améliorant :

Par la distribution rapide des prestations ;

Par l'élévation du tarif de remboursement, tout au moins pour les soins médicaux, les accouchements, les hospitalisations ;

Par les prestations en nature accordées à tous, quelle que soit la durée de l'affection ;

5° Il faut que la loi atteigne son but médical :

Par une organisation rationnelle, économique et efficace, utilisant toutes ses ressources pour la guérison et la prévention.

Ces perfectionnements possibles apportés à la loi inciteraient les non assujettis à y participer. Il serait désirable alors qu'elle soit obligatoire pour tous les économiquement faibles, facultative pour tous les non assujettis (avec des prestations proportionnées aux cotisations) et qu'elle devienne ainsi une loi d'Assurances nationales.

ANNEXES

ANNEXE I

QUELQUES TEXTES LEGISLATIFS

Lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930

Risque maladie

ARTICLE 4

1. (Modifié). L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais de transport, d'interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint, leurs enfants à charge non salariés âgés de moins de 16 ans et les pupilles de la nation remplissant les mêmes conditions, dont l'assuré est tuteur, selon les modalités suivantes :

Ne bénéficie pas des prestations prévues au présent paragraphe le conjoint d'un ou d'une assurée obligatoire, lorsque son revenu commercial déclaré dépasse le maximum prévu à l'article 37.

En ce qui concerne la prothèse dentaire, l'assuré n'aura droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession.

La délivrance de ces appareils sera soumise à la décision préalable d'une commission technique.

2. L'assuré choisit librement son praticien.

3. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

4. (Modifié). — La part contributive garantie par les Caisses,

sous réserve des conditions prévues à l'article 33, dans le prix de l'acte médical, est établie par les Caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima, pratiqués dans la région.

Cette part contributive est avancée ou remboursée par la Caisse à l'assuré; elle est inscrite, ainsi que les modalités d'application de la loi et toutes autres conditions jugées utiles, dans les conventions passées entre les Caisses et les Syndicats professionnels.

Les Caisses ne pourront passer des conventions qu'avec des Syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux, cette habilitation devant être approuvée par le Conseil supérieur des Assurances sociales.

Dans le cas où un avis défavorable à l'habilitation aurait été donné par le groupement national intéressé, le Syndicat professionnel pourra faire appel devant la section médico-pharmaceutique du Conseil supérieur des Assurances sociales. Au cas où cette section confirme l'avis du groupement national, il n'y a pas lieu à habilitation. Dans le cas contraire, il est prononcé sur l'habilitation, comme il est dit plus haut, par le Conseil supérieur des Assurances sociales.

5. (Modifié). La participation de l'assuré au tarif de responsabilité établi dans les conventions est fixée à 15 % pour les deux premières catégories d'assurés et à 20 % pour les autres et réalisée suivant les modalités fixées dans les conventions prévues au paragraphe précédent du présent article. Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 15 %. Un décret déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions.

Le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra, en aucun cas, excéder par journée de maladie, à partir de la première constatation médicale, 50 % de la moyenne journalière générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu dans chaque caisse à cotisation. En cas de maladie exigeant un traitement spécial, le maximum précité pourra être dépassé conformément aux dispositions du § 7, alinéa 3, du présent article.

6. (Modifié). — Après expérience d'au moins deux années, toute Caisse d'assurances pourra être autorisée, sur sa demande et après avis favorable du Conseil supérieur des Assurances sociales, à réduire le pourcentage de participation des assurés ou d'une partie d'entre eux aux prestations en nature, ainsi que le délai de carence prévu à l'article 5. Le fonds de majoration et de solidarité pourra être appelé à participer aux dépenses résultant de la diminution du pourcentage.

7. (Ajouté). Au cas où les Caisses ne pourraient pas conclure avec les Syndicats médicaux les conventions prévues au paragraphe 4 ci-dessus, elles pourraient, soit prendre à leur charge une part forfaitaire du prix de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité établi par elle, soit verser à l'assuré malade ou à ses ayants droit une indemnité forfaitaire journalière de soins pour les maladies ne comportant ni interventions chirurgicales, ni hospitalisation.

Le minimum de cette indemnité journalière sera égal à 20 % de la moyenne générale des salaires de base ayant, l'année précédente, donné lieu à cotisation. Dans ce cas, la retenue de 15 à 20 % à la charge de l'assuré, prévue au paragraphe 5, ne saurait jouer. Le minimum d'indemnité journalière pourra être fixé par les Caisses à un taux plus élevé, sous leur responsabilité propre et sans pouvoir faire appel à la réassurance pour les excédents de dépenses correspondants.

De plus, des indemnités supplémentaires devront être versées à l'assuré lorsque le déplacement du médecin sera nécessaire, ou lorsque le médecin traitant et la Caisse estimeront, d'un commun accord, que la maladie exige un traitement spécial ou si, en cas de désaccord, il en est ainsi décidé par la Commission technique prévue à l'article 7, paragraphe 3.

8. (Modifié). Les indemnités prévues au présent article sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

9. (Modifié). L'assuré dont l'état nécessite des soins préven-

tifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail, recevra les indemnités spéciales qui seront prévues dans le règlement intérieur de la Caisse.

10. Toute rechute survenue dans les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive.

11. (Ajouté). Tous les cinq ans, l'assuré malade ou non sera autorisé à se soumettre à un examen de santé dont les conditions seront fixées dans les conventions prévues au paragraphe 4 du présent article ou, en l'absence de conventions, dans un règlement spécial établi par les Caisses.

12. (Ajouté). Les Caisses d'assurances sociales ne peuvent faire appel à la réassurance pour les excédents de dépenses résultant de l'application d'un tarif de responsabilité supérieur à celui qui, compte tenu des tarifs syndicaux minima, sera arrêté par le ministre du Travail après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales.

ARTICLE 5

1. (Modifié). Si l'assuré malade ne peut, d'après attestation médicale, continuer ou reprendre le travail, il a droit, à partir du sixième jour qui suit le début de la maladie ou l'accident et jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'article 4, à une indemnité par jour ouvrable égale à la moitié du salaire de base de la catégorie dans laquelle le classent les cotisations obligatoires.

Cette indemnité est due à partir du quatrième jour si l'assuré a au moins trois enfants ou pupilles de la nation à sa charge dans les conditions prévues à l'article 20.

2. (Modifié). Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en argent, l'assuré devra avoir cotisé soixante jours pendant le trimestre civil précédant la maladie. Toutefois, tant que l'assuré n'aura pas été immatriculé, durant un trimestre civil entier, le droit aux prestations lui sera acquis s'il a cotisé soixante jours pendant les trois mois précédant la maladie.

Les journées de maladie indemnisées sont décomptées comme journées de cotisation.

3. (Modifié). Lorsque la maladie a duré plus de quinze jours, la Caisse d'assurances verse, pour chaque jour ouvrable, à partir du seizième, au compte de l'assuré à qui elle sert une indemnité, la moitié de la fraction de cotisation qui devra être affectée au risque vieillesse. Cette fraction est déterminée d'après le salaire de base qui sert au calcul de l'indemnité journalière de maladie.

ARTICLE 6

1. (Modifié). L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurances dont il reçoit les secours de la maladie ou ayant passé des contrats avec elle.

L'organisation et le fonctionnement technique des établissements fondés par les Caisses seront réalisés par les Conseils d'administration des Caisses, après avis des Syndicats médicaux intéressés, lorsque les Syndicats auront passé une convention collective avec les Caisses. Celles-ci devront demander par lettre recommandée l'avis des Syndicats intéressés, lequel devra être donné dans un délai d'un mois. En cas de désaccord, ces Syndicats pourront, dans le délai fixé ci-dessus, saisir la Commission tripartite, prévue à l'article 7, paragraphe 5, laquelle statuera dans un délai de deux mois.

Les Caisses d'Assurances sociales pourront passer des contrats avec les Sociétés ou Unions de Sociétés de secours mutuels ayant créé des œuvres sociales dans les conditions de l'article 8, alinéa 7, de la loi du 1^{er} avril 1898 — modifiée — en vue d'en faire bénéficier leurs adhérents assurés de la présente loi.

2. (Modifié). En cas d'hospitalisation, les frais à supporter par la Caisse, abstraction faite des honoraires médicaux, seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'Assistance publique à l'égard de malades admis au tarif le plus bas des malades payants.

3. L'allocation à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite, en cas d'hospitalisation :

Du tiers, si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

De la moitié, si l'assuré est marié sans enfant ni ascendant à sa charge ;

Des trois quarts dans tous les autres cas.

ARTICLE 7

1. (Modifié). La Caisse exerce un contrôle général sur l'ensemble des services, les Administrations hospitalières sur leurs établissements. Dans le cas où existe une convention avec la Caisse, les Syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes, soit sur la demande de la Caisse, soit sur leur initiative, la façon dont les services techniques sont assurés.

2. Tout bénéficiaire de l'Assurance-Maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectuent en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

3. (Modifié). Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la Caisse, cet état est apprécié par une commission technique composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du Tribunal civil. En cas d'abus, la Caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

4. (Ajouté). Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins qui conservent la liberté d'ordonner les médicaments conformes aux lois existantes.

Une commission spéciale sera prévue au règlement d'adminis-

tration publique avec mission d'établir et de tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés.

5. (Modifié). Les conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens et avec les établissements de soins, et les tarifs de responsabilité établis par les Caisses dans les conditions prévues à l'article 4, §§ 4 et 7, sont soumis à une commission fonctionnant au chef-lieu du département composée pour le premier tiers de représentants de Caisses, pour le second tiers de représentants des groupements professionnels, et pour le dernier tiers, de représentants des ministres du Travail et de la Santé publique, y compris les commissions administratives des hôpitaux et hospices publics. Sauf pour le contrôle du service technique, elle est chargée en outre de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente, les litiges qui naîtraient entre les parties contractantes, de l'application desdites conventions.

ARTICLE 8

1. (Modifié). Ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent, sous réserve de l'application de l'article 60 ci-après : les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées par application des dispositions légales relatives aux accidents du travail.

2. Ne donnent pas lieu aux prestations en argent : les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

3. Les blessures et les maladies visées par la législation sur les pensions militaires sont garanties suivant les conditions fixées aux articles 51 et 54.

MATERNITÉ

ARTICLE 9

1. Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assuré bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5.

2. (Modifié). Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période et qu'elle ait cotisé soixante jours pendant les trois mois ou deux cent quarante jours pendant les douze mois qui ont précédé l'état de grossesse.

3. En cas de grossesse pathologique de l'assurée, entraînant application des assurances-maladie, invalidité, l'Assurance-Maladie court à partir de la constatation de l'état morbide. Les dispositions de l'article 10 reçoivent application six mois après l'accouchement.

4. (Modifié). L'assurée qui allaite son enfant et qui remplit les conditions fixées par l'article 5, § 2, a droit, durant la période d'allaitement et pendant neuf mois au maximum, à une allocation mensuelle de 150 francs pendant les quatre premiers mois, de 100 francs pendant le cinquième et le sixième, et de 50 francs du septième au neuvième.

5. L'assurée qui, par suite d'incapacité physique ou de maladie, est dans l'impossibilité constatée par le médecin d'allaiter complètement son enfant peut, si l'enfant est élevé chez elle, recevoir, pour la durée et pour les quantités indiquées par le médecin, des bords de lait, dont la valeur n'excèdera, dans aucun cas, les deux tiers de la prime d'allaitement.

6. Le paiement des allocations ci-dessus visées est subordonné à l'observation, par la bénéficiaire, des prescriptions qui doivent être faites par la Caisse d'Assurances, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régu-

lière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons.

Règlement du 25 juillet 1930

CHAPITRE II

ASSURANCE-MALADIE

1° *Prestations en nature*

ARTICLE 18

§ 1^{er}. — Le ministre du Travail arrête, après avis d'une commission consultative instituée par décision ministérielle et comprenant les représentants des Caisses d'Assurances sociales ou de leurs organismes fondateurs et de la Caisse générale de garantie, des représentants de différents groupements de praticiens, des représentants des établissements hospitaliers et des représentants des ministres du Travail, de la Santé publique et du Budget;

a) Le type des conventions à intervenir entre les Caisses et les différents groupes de praticiens;

b) Le type des conventions à intervenir entre les Caisses et les établissements hospitaliers;

c) Le tarif de responsabilité visé par l'article 4, § 12, de la loi

d) Le tarif applicable aux médicaments, spécialités et appareils;

e) Le règlement-type des Caisses d'assurances sociales

§ 2. — Les conventions passées entre les Caisses et les Syndicats professionnels ou les établissements hospitaliers peuvent déroger aux dispositions des conventions-types qui n'ont pas un caractère obligatoire, et les Caisses peuvent modifier à leur usage le tarif de responsabilité-type, sous réserve de l'approbation de la Commission prévue par l'article 7, § 5 de la loi, et sous réserve des dispositions de l'article 4, § 12, de la loi.

ARTICLE 19

§ 1^{er}. — La commission prévue par l'article 7, § 4 de la loi, pour établir et tenir à jour la liste des médicaments spécialisés autorisés, est nommée par arrêté du ministre du Travail.

§ 2. — Elle comprend :

Le Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, ou un professeur de ladite Faculté, désigné par lui ;

Le Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Paris ou un professeur de ladite Faculté, désigné par lui ;

Un membre de l'Académie de Médecine n'ayant qualité ni de docteur en médecine, ni de docteur en pharmacie, désigné par ladite Académie ;

Un représentant de la Confédération des Syndicats médicaux français, désigné par ladite Confédération ;

Un représentant du Comité intersyndical des groupements pharmaceutiques nationaux, désigné par ce Comité ;

Un représentant des Caisses d'Assurances sociales ou de leurs organismes fondateurs, nommé par le ministre du Travail ;

Un représentant du ministre du Travail.

§ 3. — Le ministre du Travail désigne le président et le vice-président de la commission.

ARTICLE 20

§ 1^{er}. — La commission prévue par l'article 4, paragraphe 1^{er}, dernier alinéa, de la loi pour la délivrance des appareils de prothèse dentaire comprend :

Un membre désigné par le Conseil d'administration de la Caisse intéressée ;

Un membre désigné par le ou les Syndicats médicaux ayant passé une convention avec la Caisse ;

Un membre désigné par le ou les Syndicats de chirurgiens-dentistes ayant passé une convention avec la Caisse.

§ 2. — La demande de l'assuré tendant à la délivrance des appareils mentionnés au paragraphe précédent est transmise par

la Caisse d'assurances dans les cinq jours de sa réception à la Commission, qui statue dans le délai de quinze jours.

§ 3. — A défaut d'unanimité au sein de la commission, il est statué par la commission prévue à l'article 7 paragraphe 5, de la loi.

2° Prestations en argent

ARTICLE 21

Pour l'application de l'article 5, paragraphe 1^{er}, de la loi, le salaire de base est celui de la catégorie dans laquelle l'assuré a été classé pendant le trimestre civil qui a précédé celui du début de la maladie ou de l'accident. Toutefois, tant que l'assuré n'a pas été immatriculé durant un trimestre civil entier, le salaire de base est celui de la catégorie dans laquelle il a été classé pendant les trois mois qui ont précédé celui du début de la maladie ou celui de l'accident.

ARTICLE 22

L'employeur et l'assuré qui se sont mis d'accord pour le maintien des avantages en nature en cas de maladie peuvent en informer la Caisse et demander le versement par elle à l'employeur de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

ARTICLE 23

Pour pouvoir prétendre à l'indemnité journalière, l'assuré doit s'être strictement conformé, depuis le début de la maladie ou l'accident, à toutes les prescriptions du médecin.

3° Contrôle

ARTICLE 24

§ 1^{er}. — La Caisse exerce un contrôle général sur les conditions de fonctionnement de l'assurance-maladie.

confié à la Caisse qui a pris en charge le service des prestations, sous réserve du droit de regard de la Caisse d'origine qui supporte les frais. Le contrôle technique est exercé par l'intermédiaire des Syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la Caisse de rattachement a contracté.

ARTICLE 28

§ 1^{er}. — Il est pourvu au contrôle de l'ensemble des services des établissements publics hospitaliers, tant par les administrations hospitalières que par les autorités qualifiées à cet effet, conformément aux lois et règlements qui régissent ces établissements et sous réserve du droit de regard de la Caisse tel qu'il résulte des conventions passées avec ces établissements.

§ 2. — Le contrôle technique est assuré conformément aux dispositions auxquelles se réfèrent lesdites conventions.

ARTICLE 29

§ 1^{er}. — En ce qui concerne les établissements privés et les établissements appartenant à la Caisse, le contrôle technique s'exerce par l'intermédiaire de l'un des Syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la Caisse a passé des conventions. Il ne peut être confié à un Syndicat composé des seuls médecins de l'établissement.

§ 2. — Ce contrôle s'exerce dans les conditions prévues à l'article 26 du présent décret.

4° Commission départementale

ARTICLE 30

§ 1^{er}. — La commission départementale, prévue à l'article 7, paragraphe 5 de la loi, comprend douze membres, savoir :

Un représentant du ministre du Travail et un représentant du ministre de la Santé publique ;

Quatre représentants des Caisses pratiquant dans le départe-

ment les assurances maladie, maternité et les soins aux invalides;

Quatre représentants des Syndicats professionnels ayant passé des conventions avec les Caisses, dont trois représentants des Syndicats de médecins et un représentant des Syndicats de pharmaciens;

Deux représentants des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics;

Un représentant des Syndicats professionnels de chirurgiens-dentistes ayant passé des conventions avec les Caisses remplace un des trois médecins lorsque la commission traite de questions relatives à l'art dentaire;

Le préfet désigne le président et le vice-président de la commission.

§ 2. — Chacun des autres groupements professionnels ayant passé des conventions avec les Caisses peut désigner un représentant qui participera aux débats avec voix consultative dans les questions où les intérêts du groupement sont engagés.

§ 3. — Les dépenses qui pourront être nécessitées par le fonctionnement de la commission sont à la charge du service départemental.

ARTICLE 31

§ 1^{er}. — La commission est saisie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception des difficultés ou litiges sur lesquels elle est appelée à statuer en vertu de l'article 7, paragraphe 5, de la loi. Les décisions prises par elle doivent être notifiées aux organismes, services ou administrations intéressés.

§ 2. — L'appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales doit être déposé ou parvenir, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au secrétariat de la commission, dans les dix jours de la notification. Communication en est donnée dans les dix jours qui suivent aux autres parties intéressées. Il est statué définitivement par la section permanente dans le délai d'un mois à dater de cette dernière communication.

CHAPITRE III

ASSURANCE-MATERNITÉ

ARTICLE 32

§ 1^{er}. — L'indemnité prévue par l'article 9, paragraphe 2, de la loi est allouée après les couches, alors même que l'enfant aurait été présenté sans vie à l'officier de l'état-civil.

§ 2. — En cas de naissances multiples, les allocations et prestations prévues par les §§ 4 et 5 de l'article 9 de la loi sont proportionnelles au nombre des enfants.

ARTICLE 33

§ 1^{er}. — En cas de grossesse pathologique, l'indemnité journalière cesse d'être versée au titre de l'assurance-maternité à dater du jour où l'assurée est admise au bénéfice de l'indemnité de maladie; les prestations en nature et en argent de l'assurance-maladie sont dues à partir de la constatation médicale de l'état morbide et jusqu'à la fin du sixième mois suivant l'accouchement, quelle que soit la date de cette constatation.

§ 2. — Si l'intéressée cesse d'avoir droit aux prestations de l'assurance-maladie avant l'expiration du délai visé à l'article précédent, elle peut prétendre de nouveau, pour la période restant à courir, à l'indemnité de repos.

ARTICLE 34

§ 1^{er}. — En cas de grossesse pathologique, les frais de traitement et les indemnités journalières sont à la charge de l'assurance-maladie.

§ 2. — Toutefois, les Caisses pratiquant l'assurance-maternité continuent de dispenser les soins aux assurées et aux femmes d'assurés en cas de grossesse pathologique et de leur verser les indemnités journalières pour le compte de l'organisme ayant la charge du risque-maladie.

ARTICLE 35

Les justifications à produire pour avoir droit aux primes d'al-

laitement et aux bons de lait, par les assurées qui allaitent complètement leur enfant, et par celles qui ne peuvent l'allaiter que partiellement, sont déterminées par le règlement de chaque Caisse conformément aux dispositions du règlement type arrêté par le ministre du Travail.

ARTICLE 36

Les Cais-~~es~~ pratiquant l'assurance-maternité exercent le contrôle général de leurs services, ainsi que celui des assurées et femmes d'assurés, dans les conditions prévues aux articles 24 à 29 du présent décret.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS COMMUNES A L'ASSURANCE-MALADIE ET A L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

ARTICLE 37

§ 1^{er}. — La Caisse d'Assurance-Maladie doit, dans la mesure de ses ressources, prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période de maladie.

§ 2. — Elle doit notamment signaler à partir du 1^{er} juillet 1932, à la Caisse à qui incombe le risque invalidité, c'est-à-dire jusqu'au 1^{er} avril 1934 à la Caisse générale de garantie, les assurés dont la maladie, en se prolongeant au delà de deux mois, fait présager une invalidité future ou paraît exiger des soins spéciaux, tel qu'un traitement dans les établissements de prévention ou de cure.

§ 3. — Ces soins peuvent être, d'un commun accord entre les deux Caisses, dispensés par celle qui assure le risque invalidité, à charge de remboursement des frais par la Caisse d'Assurance-Maladie.

§ 4. — Eventuellement, la Caisse assurant le risque invalidité peut assumer la charge de ces soins pour les rendre plus prompts et plus efficaces.

ANNEXE II. — QUELQUES BILANS DE CAISSES (1)

(Jusqu'au 1^{er} janvier 1932)

Comptes préliminaires. Maternité

Recettes		Dé- penses	Solde bénéfi- ciaire	Principales prestations en nature			Principales prestations en argent		
Totales	Par vi- rement de la Caisse Malad.			Frais médi- caux	Inter- ven- tions chirurg.	Hospi- tali- sation	1/2 salaire de base	Alloca- tions Allaite- ment	Primes bons de lait
43	—	20	23	17	1				
121	—	57	64	38	2	0,5	0,5		
39	—	26	13	15			2	2	
261	—	109	153	54	4	2	18	14	
151	—	52	113	41		2	1	1	
18	—	16	3	4			5	5	
34	—	22	12	15			1	1	
120	—	35	85	25	4	1		1	
83	—	32	51	22	1		2	2	
37	12	37		13	0,5		10	10	4
53	—	28	25	21			2	4	
42	8	42		12	0,5		12	13	
79	—	37	42	21	0,5		5	2	0,5
23	—	14	9	6			2	5	
312	—	285	27	102	3	1	50	50	3
168	—	167	1	32	0,5	16	27	30	4
21	3	21		4			9	6	
6	—	2	4	2					
9	—	5	4	2		0,5	2		
50	—	29	21	8	1	1	9	5	
147	—	59	88	46	6	4			
2.110	322	2.432		241	12	95	236	360	
397	129	397		65	2	25	105	146	3

(1) Approximatifs en milliers de francs (Caissees dont nous ne connaissons pas les no-
Caissees étant désignées par des lettres).

Comptes préliminaires maladie

Principales prestations en nature

Dé- penses	Solde bénéfi- ciaire	Frais médicaux				Frais phar- maceu- tiques	Frais hospi- talisa- tion	Frais établis- sment de Cure	prestations en argent
		Cabinet du mé- decin	à domi- cile	Inter- ven- tions chirurg.	1/2 salaire de base				
182	145	30	11	6	45	15	0,5	60	
535	392	53	56	33	160	13	19	151	
155	147	21	11	1	42	11		39	
1.001	1.008	74	60	43	240	102		305	
546	621	39	40	26	150	62	6	192	
71	68	7	6	7	19	5		26	
120	141	15	10	4	18	9	1	34	
340	573	44	30	26	73	20	6	114	
268	368	30	21	15	29	23		88	
140	50	12	10	5	36	13	3	43	
175	231	55	0,5	2	48	11		51	
130	117	12	8	4	16	17	2	45	
338	266	53	15	45	79	30	9	83	
76	99	10	6	1	17	10	2	28	
1.455	950	117	88	95	146	132	48	398	
878	403	75	78	11	126	71	20	229	
51	88	8	2		9	2		24	
14	34	4	2	3	7	5		10	
32	39	4	3		9	2		12	
177	211	23	20	10	37	5	2	57	
507	622	64	51	30	135	40		134	
5.377	6.044	774	261	275	904	430	99	1.786	
1.972	14	201	114	43	329	122		617	

CAISSE V. — COMPTE PRÉLIMINAIRE MALADIE

RECETTES

(1^{er} juillet 1930-1^{er} janvier 1932)

I. — Encassements de l'année :

1 ^o Cotisations nettes.....	1.118.661 ^f 63
3 ^o Remboursements par les Caisses d'assurances-maladie dont dépendent les intéressés pour les assurés mis en subsistance	134.822 03
6 ^o Divers	20.569 80

II. — Recettes restant à réaliser :

1 ^o Sur cotisations.....	10.123.003 83
3 ^o Sur remboursements.....	23.442 40
Montant total des Recettes.....	11.420.499 69

Balance 11.420.499 69

DEPENSES

(1^{er} octobre 1930-1^{er} janvier 1932)

I. — PAIEMENTS EFFECTUÉS DANS L'ANNÉE :

A. — Prestations en nature :	Assuré	Conjoint	Enfants	Total
1 ^o Frais médicaux, cabinet du praticien	625.314 13	70.467 30	78.492 95	774.274^f 38
2 ^o Frais médicaux, visites à domicile	429.498 30	40.917 50	70.625 40	960.670 90

8° Frais de traitement dans un établissement de cure, etc. . .	98.099 60	» »	798 40	98.898 »
10° Remboursements à l'assistance médicale gratuite (art. 59 de la loi)	124.280 »	42 90	49.657 64	173.980 54
11° Soins aux assurés mis en subsistance	64.164 75	5.516 75	3.583 90	73.265 40
B. — Prestations en argent :				
4° Demi-salaire de base	1.785.979 10	» »	» »	1.785.979 10
2° Demi-cotisations vieillesse . . .	8.796 95	» »	» »	8.796 95
4° Prestations en argent pour les assurés mis en subsistance . . .	10.984 25	» »	» »	10.984 25
Total	4.145.567 03	340.407 90	464.589 19	4.950.564 12

C. — Divers

II. — SOMMES

RESTANT A PAYER :

1° Pour prestations en nature . .	336.438 55	» »	» »	336.438 55
2° Pour prestations en argent . .	89.622 20	» »	» »	89.622 20
Total des dépenses	4.571.627 78	340.407 90	464.589 19	5.376.624 87
Montant total des dépenses				5.376.624 87
Solde figurant au compte général des profits et pertes				6.043.874 82
Balance				11.420.499 69

ANNEXE III

Jurisprudence ⁽¹⁾

COUR DE CASSATION, CHAMBRE CIVILE (2)

27 juillet 1932

*(Demoiselle Schreiber contre Caisse départementale
des Assurances sociales de Meurthe-et-Moselle.)*

*Assurances sociales. — Assurances maternité. — Prescriptions de
la Caisse. — Omission des déclarations relatives à la grossesse.
— Cotisations régulièrement versées. — Droit de l'assurée aux
allocations.*

La simple omission dans les délais prévus par le règlement de ladite Caisse, des déclarations concernant l'état de grossesse et l'engagement de cesser le travail ne saurait porter atteinte aux droits de l'intéressée au paiement des allocations qui lui sont dues, lorsque, par ailleurs, elle a versé les cotisations exigées et s'est conformée aux autres obligations à elle imposées par la loi et les règlements.

Manque en conséquence de base légale le jugement qui, pour infirmer la décision de la Commission cantonale accordant une indemnité journalière à l'assurée, s'est uniquement fondé sur le retard apporté par celle-ci à faire les déclarations prescrites par la Caisse.

(1) Comité central des Assurances sociales, 31, rue Guyot, Paris.

(2) *Gazette du Palais*, 1932, 2, 579.

COUR DE CASSATION, CHAMBRE CIVILE

27 juillet 1932

*(Demoiselle Schreiber contre Caisse départementale
des Assurances sociales de Meurthe-et-Moselle.)*

Attendu que si la loi subordonne le paiement des allocations dues en cas de grossesse et d'accouchement « à l'observation des prescriptions qui doivent être faites par la Caisse d'Assurances, notamment en ce qui concerne les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et des consultations de nourrissons », la simple omission, dans les délais prévus par le règlement de ladite Caisse, des déclarations concernant l'état de grossesse et l'engagement de cesser le travail, ne saurait porter atteinte aux droits de l'intéressée au paiement des allocations qui lui sont dues, lorsque, par ailleurs, elle a versé les cotisations exigées et s'est conformée aux autres obligations à elle imposées par la loi et les règlements;

Attendu cependant que, pour infirmer la décision de la Commission cantonale accordant une indemnité journalière à la demanderesse pour les six semaines qui ont suivi son accouchement, le jugement attaqué s'est uniquement fondé sur ce que la demoiselle Schreiber n'avait fait sa déclaration de grossesse que deux mois avant son accouchement, au lieu de trois fixés avant l'arrivée de cet événement par l'article 49 du règlement de la Caisse départementale et qu'elle n'avait pas fait davantage la déclaration de cessation de travail prescrite par l'article 48 dudit règlement, six semaines avant la date présumée de l'accouchement;

Attendu qu'en statuant ainsi le jugement attaqué a violé l'article de loi ci-dessus visé;

Par ces motifs:

Casse et annule...

TRIBUNAL CIVIL DE NANCY

6 janvier 1932

*(Caisse départementale des Assurances sociales
de Meurthe-et-Moselle contre dame Mathieu.)*

Les bons de lait ne sont pas réservés seulement aux femmes allaitant partiellement, mais aussi à celles qui sont hors d'état de nourrir.

Attendu que la Caisse départementale des Assurances sociales de Meurthe-et-Moselle est appelante d'une décision de la Commission cantonale du canton Sud de Nancy, en date du 4 novembre 1931, qui a décidé que la dame Mathieu remplit les conditions requises pour pouvoir prétendre aux prestations instituées par l'article 9, § 5, de la loi du 5 avril 1928, modifiée par celles des 5 août 1929 et 30 avril 1930;

Attendu qu'il y a lieu, pour les motifs développés par les premiers juges, de confirmer la décision entreprise, qu'au surplus, il ne serait pas équitable que les bons de lait fussent réservés aux seules femmes allaitant partiellement, alors que ces bons de lait sont encore plus nécessaires à celles qui ne peuvent plus nourrir du tout...

NOTA. — Un jugement du Tribunal civil de Pontarlier, en date du 12 octobre 1932, contre lequel a été formé un pourvoi, jugé irrecevable par la Cour de Cassation (Chambre civile, 1^{er} mars 1933), a décidé qu'une assurée qui ne peut prouver avoir allaité complètement ses enfants a droit, non pas à des primes d'allaitement, mais à des bons de lait dont la valeur n'est qu'une fraction de la prime d'allaitement.

TRIBUNAL CIVIL DE NANCY

26 avril 1933

*(Caisse primaire de l'Union mutualiste de Meurthe-et-Moselle
contre dame Prény.)*

*Les indemnités journalières prévues par l'article 9, § 2, de la loi
étant compensatrices « d'un salaire perdu », ne sont pas dues
si la cessation du travail est bien antérieure à la période préna-
tale, et due à des motifs « complètement étrangers à la santé de
la mère et de l'enfant ».*

*Pour avoir droit aux bons de lait, il faut que l'assurée nourrisse
au moins partiellement son enfant.*

Attendu qu'il y a lieu d'infirmier la décision dont est appel;

Attendu qu'il est constant en fait que la dame Prény qui a
accouché le 2 février 1932, avait volontairement cessé son travail
le 5 août 1931, soit cinq mois auparavant;

Attendu que l'article 9, § 2 de la loi dont il s'agit subordonne
l'allocation des indemnités journalières à la condition que l'assurée
cesse tout travail durant la période payée; qu'il s'ensuit que si la
cessation du travail a été volontaire et bien antérieure aux six
semaines prévues, cette cessation a été causée par des motifs com-
plètement étrangers à la santé de la mère et de l'enfant pour les-
quels la loi a prévu l'arrêt du travail et l'indemnité compensatrice
qui, dès lors, devient sans objet;

Attendu que, pour une autre raison encore tirée d'un contrôle
absolument indispensable, la demande de la dame Prény devait
être rejetée;

Attendu, en effet, que le carnet de maternité de la Caisse dont
elle fait partie porte en toutes lettres, au § 3, qu'au moment de la
cessation de travail l'assurée doit envoyer à la Caisse le bulletin
qui constate la cessation de ce travail, afin de pouvoir bénéficier
de l'allocation journalière;

Attendu qu'en l'espèce cette condition n'a pas été remplie et ne
pouvait pas l'être en raison de la date de l'arrêt du travail;

Qu'il est évident que ce n'est pas le bulletin de l'employeur, daté du 5 avril 1932, postérieur de plus de deux mois à l'accouchement, qui peut tenir lieu de la formalité indispensable au contrôle et à l'ordre dont il vient d'être parlé.

Sur le second point:

Attendu que le paragraphe 5 de l'article 9, interprété à la lumière des discussions législatives qui l'ont précédé, réserve les bons de lait aux seules mères qui ne peuvent allaiter complètement leur enfant, les bons de lait constituant ainsi une aide et non pas un remplacement que, sous son apparente rigueur, cet article a eu pour but de favoriser l'allaitement maternel considéré comme le meilleur à la santé de l'enfant;

Attendu qu'en l'espèce, il est établi que la dame Prény ne nourrit pas;

Dit la dame Prény mal fondée dans ses demandes de fins et conclusions et la condamne aux dépens de première instance et d'appel.

TRIBUNAL CIVIL DE NANCY

6 décembre 1933

*(Caisse départementale des Assurances sociales
de Meurthe-et-Moselle, contre demoiselle N...)*

Les « variations dans l'aspect clinique d'une même maladie » ne peuvent être considérées, au regard de la loi, comme des « maladies différentes » ouvrant chacune, droit aux prestations pendant le délai prévu à l'article 4, § 8.

Attendu que le Tribunal a renvoyé l'examen de la demande de la demoiselle N... devant la Commission technique établie par la loi de 1930 à l'effet de déterminer si la demanderesse était ou non atteinte d'une maladie nouvelle n'ayant pas le caractère d'une rechute;

Attendu qu'il résulte du rapport qu'il ne s'agit point dans

l'espèce de maladies différentes, mais à variations dans l'aspect clinique d'une même maladie;

Attendu que, par suite, c'est à tort que la Commission cantonale a admis la demande de la demoiselle N... qui, en fait, ne conteste pas avoir reçu, pendant six mois, les prestations de la loi.

Par ces motifs:

Statuant en dernier ressort,

Infirme la décision de la Commission cantonale du 26 décembre 1932;

Dit que c'est à bon droit que la Caisse départementale a refusé l'octroi des prestations réclamées.

Condamne la demoiselle N... aux dépens.

TRIBUNAL CIVIL DE NANCY

6 décembre 1933

*(Caisse départementale des Assurances sociales
de Meurthe-et-Moselle contre demoiselle K...)*

En cas de contestation sur l'état du malade, lorsqu'il s'agit d'apprécier s'il y a rechute au point de vue de l'application du délai de six mois, la cause doit être renvoyée devant la Commission technique.

Attendu qu'il y a lieu, pour apprécier le mérite de la demande de la demoiselle K..., de renvoyer la cause devant l'expert.

Attendu, en effet, que cette dernière prétend qu'effectivement atteinte d'une maladie de cœur qui a motivé les prestations touchées, elle a repris son travail et, postérieurement, a souffert d'une grippe avec embarras gastro-intestinal, sans rapport avec sa maladie antérieure et du chef de laquelle elle a réclamé les prestations refusées;

Attendu qu'elle produit à ce sujet un certificat de M. le Professeur X..., en date du 29 octobre 1932, qui paraît à l'appui de ses prétentions;

Mais que ce certificat trop précis paraît et semble faire allusion à une maladie trop différente de celle qui a motivé les prestations de juin 1931 à avril 1932, pour que le Tribunal ne désire faire une lumière plus complète;

Par ces motifs :

Statuant en dernier ressort,

Renvoie la cause et les parties devant la Commission technique à l'effet de dire, par complément de rapport, sur le vu du certificat du professeur X..., ou tous autres documents qui pourront être demandés ou produits, si la demoiselle K... a été ou non, à compter d'avril 1932, atteinte d'une grippe gastro-intestinale — s'il y a ou non rapport entre cette affection et la maladie de cœur pour laquelle elle a antérieurement reçu des prestations.

Réserve les dépens.

TRIBUNAL CIVIL DE NANCY

3 janvier 1934

*(Caisse primaire d'Assurances sociales
de l'Union Nancéienne contre W...)*

La loi sur les Assurances sociales doit être interprétée restrictivement et les demi-salaires qu'elle attribue aux assurés malades pour les indemniser de la cessation de leur travail ne doivent pas être accordés à un chômeur qui ne recevait plus aucun salaire.

Attendu qu'il y a lieu d'infirmer la décision de la Commission cantonale de Nancy-Nord, en date du 12 mai 1933, qui a accordé au sieur W. les indemnités réclamées, décision dont la Caisse primaire a régulièrement fait appel;

Attendu, en effet, que W... était à ce moment en état de chômage;

Que la loi des Assurances sociales doit, de par sa nature, être interprétée restrictivement;

Qu'elle accorde les demi-salaires prévus par l'article 5 de ladite

loi pour indemniser l'assuré malade des salaires qu'il ne peut gagner;

Qu'en l'espèce, W... étant chômeur ne gagnait plus rien et que, par suite, et quels que soient les résultats auxquels on est forcément conduit, sa demande ne saurait prospérer;

Par ces motifs,

Statuant en dernier ressort,

Met à néant la décision dont est appel et, statuant à nouveau, déclare que c'est à juste titre que la Caisse primaire a refusé à W... les prestations journalières qu'il réclamait à tort;

Condamne W... aux dépens de première instance et d'appel.

TRIBUNAL CIVIL DE NANCY

13 décembre 1933

*(Caisse départementale des Assurances sociales
de Meurthe-et Moselle contre dame V...)*

Pour avoir droit aux aux indemnités journalières, il faut avoir versé les cotisations requises dans la période précédant le début de l'état de grossesse.

Attendu que la Caisse départementale des Assurances sociales de Meurthe-et-Moselle a fait appel d'une décision de la Commission cantonale de Nancy-Sud du 1^{er} septembre 1933;

Attendu qu'il y a lieu d'apprécier le mérite de cet appel formé contre la dame V...;

En ce qui concerne les primes d'allaitement:

Adoptant les motifs des premiers juges.

En ce qui concerne le demi-salaire:

Attendu qu'il y a lieu d'infirmier la décision entreprise.

Attendu qu'il résulte, en effet, de la note non contestée émanant de la Préfecture de Meurthe-et-Moselle et constatant les versements de l'intimée, que celle-ci n'a pas effectué le minimum de ver-

sements de sa catégorie, ni pendant les soixante jours durant les
les trois mois qui ont précédé l'état de grossesse, ni pendant les
deux cent quarante jours durant les douze mois qui ont précédé
ledit état;

Par ces motifs,

Statuant en dernier ressort,

Confirme en ce qui concerne le rejet de droit aux primes d'allai-
tement;

Infirme, au contraire, à ce qui a trait aux demi-salaires;

Dit que la dame V... ne saurait avoir droit à cette prestation
et la condamne aux dépens.

Vu :

Nancy, le 15 mai 1934.

Le Président de Thèse :

D. SANTENOISE.

Vu et approuvé :

Nancy, le 15 mai 1934,

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 16 mai 1934,

Le Recteur de l'Académie :

L. BRUNTZ.

Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	6

PREMIÈRE PARTIE

Documents concernant l'organisation des Assurances sociales en Meurthe-et-Moselle

<i>Chapitre premier.</i> — Aperçu d'ensemble.....	7
<i>Chapitre II.</i> — Office d'hygiène sociale, Syndicat des médecins et Union des Caisses.....	15
Section 1. — Convention.....	15
Section 2. — Annexe à cette convention.....	17
<i>Chapitre III.</i> — Traité entre les hospices civils et les chefs de services hospitaliers.....	25
<i>Chapitre IV.</i> — Nouvelle convention.....	31

DEUXIÈME PARTIE

Contrôle médical technique

TITRE PREMIER. — Fonctionnement

<i>Chapitre premier.</i> — Règlement.....	37
<i>Chapitre II.</i> — Résultats, budget.....	42
<i>Chapitre III.</i> — Sanctions.....	44
<i>Chapitre IV.</i> — Inconvénients et avantages.....	48

TITRE II. — Statistique de dix-huit mois de contrôle médical technique

<i>Introduction.</i> — Mode d'établissement.....	57
Tableaux des statistiques	61

TROISIÈME PARTIE

Quelques réflexions sur le fonctionnement des Assurances sociales en Meurthe-et-Moselle

TITRE PREMIER. — Assurance-Maternité

<i>Chapitre premier.</i> — Protection de la mère et de l'enfant.....	76
Section 1. — Consultations prénatales.....	76
Section 2. — Consultations de nourrissons et bons de lait.....	78
<i>Chapitre II.</i> — Modifications à apporter.....	81
Section 1. — Réflexions sur un jugement rendu.....	81
Section 2. — Règlement intérieur des Caisses.....	87
Section 3. — Prestations à augmenter.....	88

TITRE II. — Assurance-Maladie

<i>Chapitre premier.</i> — Prestations à augmenter.....	92
Section 1. — Tarif de responsabilité.....	92
Section 2. — Traitement dans les stations thermales....	95
<i>Chapitre II.</i> — Modifications à apporter.....	97
Assurance temporaire.....	97
<i>Appendice :</i> Réflexions sur un jugement rendu.....	101
<i>Chapitre III.</i> — Moyens de réaliser des économies.....	103
Section 1. — Demandes de repos.....	103
Section 2. — Application du plafond.....	103
Section 3. — Liste de spécialités pharmaceutiques.....	104
Section 4. — Accidents du travail.....	104
Section 5. — Libre choix.....	106
Section 6. — Chiffre-clé K à 8 au-dessus de K 40.....	107
<i>Annexe :</i> Hospitalisation des assurés sociaux.....	109
<i>Appendice :</i> Beau geste du Corps médical enseignant dans les hôpitaux de Meurthe-et-Moselle.....	110

TITRE III. — Quelques problèmes à résoudre

<i>Chapitre premier.</i> — Sanction : suppression des prestations en argent.....	112
<i>Chapitre II.</i> — Création d'une Union de Caisses.....	115
<i>Chapitre III.</i> — Commission départementale.....	118
<i>Appendice :</i> Nos impressions sur le fonctionnement des As- surances sociales en Meurthe-et-Moselle.....	119

CONCLUSIONS 125

Annexes 1. — Quelques textes législatifs et réglementaires.	127
— 2. — Quelques bilans financiers.....	144
— 3. — Jurisprudence.....	148

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE
